LES PUBLICATIONS DU QUÉBEC

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Rapport annuel 1998-1999

Québec

Le contenu de cette publication a été rédigé par
le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Cette édition a été produite par
Les Publications du Québec
1500-D, boul. Jean-Talon Nord
Sainte-Foy (Québec)
G1N 2E5

Dépôt légal — 1999
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-18181-X
ISSN 0832-6258

© Gouvernement du Québec

Tous droits réservés pour tous pays.
Reproduction par quelque procédé que ce soit
et traduction, mêmes partielles, interdites
sans l'autorisation des Publications du Québec.

100-04651/

Québec, novembre 1999

Monsieur Jean-Pierre Charbonneau
Président de l'Assemblée nationale
Hôtel du Gouvernement
Québec

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport annuel d'activité du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice financier qui a pris fin le 31 mars 1999.

Ce rapport rend compte de l'ensemble des activités du Ministère et contient de nombreux renseignements d'intérêt public.

La ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux,

Pauline Marois

Québec, novembre 1999

Madame Pauline Marois
Ministre de la Santé et des
Services sociaux
Hôtel du Gouvernement
Québec

Madame la Ministre,

J'ai le plaisir de vous présenter le rapport annuel d'activité de notre Ministère pour l'année financière 1998-1999.

Ce rapport décrit les divers secteurs d'activité du Ministère ainsi que les différentes réalisations de chacun de ces secteurs.

Veuillez agréer, Madame la Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

La sous-ministre de la Santé et des Services sociaux,

Lise Denis

Table des matières

Introduction 9

Message de la ministre 11

Première partie
Le ministère de la Santé et des Services sociaux 13

1. L'organisation du système de santé et de services sociaux 13
2. La prestation des services de santé et des services sociaux 15
2.1. Les établissements 15
2.2. Les organismes communautaires 15
2.3. Les autres partenaires 15
3. Les ressources financières 17
4. Les principales réalisations en 1998-1999 19

Seconde partie
Le bilan administratif 21

1. Le Bureau de la sous-ministre 21
1.1. Les affaires juridiques 21
1.2. Le Secrétariat du Ministère 21
1.2.1. Le Secrétariat administratif 21
1.2.2. La condition féminine 23
1.3. Les communications 23
1.4. L'adoption internationale 23
1.5. L'expertise 24
1.5.1. L'organisation clinique 24
1.5.2. Les services à la jeunesse 24
1.5.3. Les centres hospitaliers ambulatoires 25
1.5.4. Les centres locaux de services communautaires 25
1.5.5. Les urgences 25
1.5.6. L'accès aux services spécialisés 25
2. La planification et l'évaluation 27
2.1. La planification stratégique 27
2.2. Les politiques 27
2.3. Les orientations en matière d'organisation des ressources 30
2.4. Les normes et les standards d'allocation et d'organisation des ressources 32
2.5. Les études évaluatives et la recherche 33
2.6. La pratique des sages-femmes 36
2.7. Les organismes communautaires 36
2.8. L'économie sociale 37
2.9. La gestion documentaire 37
3. La santé publique 39
3.1. L'analyse et la surveillance de la santé et du bien-être de la population 39
3.2. La promotion de la santé et du bien-être 39
3.3. La protection de la santé publique 42
3.4. La prévention et l'éducation sociosanitaire 45
3.5. Le Centre québécois de coordination sur le sida 48
3.6. Le système de gestion du sang au Québec 50
4. Le suivi et le soutien du réseau 53
4.1. Le suivi et le soutien des activités du réseau 53
4.2. Le suivi et le soutien des activités particulières 53
4.3. L'émission et le renouvellement des permis 54
4.4. Le fonds de soutien à l'innovation 54
4.5. Le partenariat MSSS-régies régionales 55
5. Les relations professionnelles 57
5.1. Le personnel salarié du réseau 57
5.2. Le personnel d'encadrement du réseau 58
5.3. Le personnel professionnel de la santé 58
5.4. L'effectif médical 59
5.5. La main-d'œuvre non médicale 60
5.6. Le programme santé et sécurité du travail dans le réseau 60
5.7. Les orientations ressources humaines 61
6. Le budget, l'administration et les immobilisations 63
6.1. Les ressources matérielles et le financement 63
6.1.1. Les activités de soutien du réseau 63
6.1.2. Les ressources immobilières 64
6.2. La planification et les stratégies de financement 65
6.3. La construction 68
6.4. Les services aux communautés culturelles et l'accès aux services en langue anglaise 68
6.5. La coordination des affaires autochtones 69
6.6. Les relations intergouvernementales 69
6.7. Les services au personnel 69
6.8. Les ressources matérielles 70
6.9. La gestion des ententes fédérales-provinciales 71
6.10. Le réseau de télécommunication sociosanitaire 71

6.11. Les ressources informationnelles du secteur sociosanitaire 72
6.12. Les ressources informationnelles du Ministère 73
6.13. La coopération internationale 74
6.14. Le partenariat économique 74
7. L'adaptation à l'an 2000 77
7.1. Mandat 77
7.2. L'organisation 77
7.3. Outils développés 78
7.4. Rapports et avis de conformité 78
7.5. Colloque 78
7.6. Instruments de communication 79

Annexe I
Les organismes rattachés à la ministre de la Santé et des Services sociaux et la commissaire aux plaintes 81

La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) 81
L'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) 81
Le Conseil de la santé et du bien-être (CSBE) 81
La Corporation d'hébergement du Québec (CHQ) 81
Le Conseil consultatif de pharmacologie (CCP) 82
Le Conseil médical du Québec (CMQ) 82
Le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) 83
La commissaire aux plaintes 83
Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) 84
L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) 85

Annexe II
Les lois et règlements qui relèvent du ministère de la Santé et des Services sociaux 87

Annexe III
La gestion ministérielle des ressources humaines 90

Introduction

Le présent rapport, subdivisé en deux grandes parties, présente les principales activités du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 1998-1999.

La première partie donne de l'information générale du Ministère, du système de santé et de services sociaux et de la prestation des services ainsi que des ressources financières.

La seconde partie, intitulée « Le bilan administratif », renferme une description des activités de chacune des unités administratives du Ministère.

Enfin, les annexes présentent les mandats et les activités des organismes rattachés au Ministère, les lois et les règlements qui relèvent de son autorité, de même que des données statistiques sur la gestion ministérielle des ressources humaines.

Cette année, comme par les années passées, le rapport annuel du Ministère commence par un message de la ministre pour souligner de façon particulière les activités relatives à la transformation du système de santé et de services sociaux.

Message de la ministre

Lorsque j'ai été nommée ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, en décembre 1998, j'ai accepté la responsabilité que le Premier ministre venait de me confier en étant pleinement consciente de l'importance de cette mission.

Dès mon arrivée, j'ai été impressionnée par l'excellence des ressources humaines qui travaillent dans le domaine de la santé et des services sociaux, que ce soit dans l'administration centrale ou dans le réseau lui-même, et aussi par la grande qualité des services offerts à nos concitoyennes et concitoyens.

Pour apprécier à sa juste valeur ce qui devrait être un véritable objet de fierté, il faut se rappeler que, en matière de services de santé et de services sociaux, le Québec, malgré les difficultés que nous rencontrons, est à l'avant-garde des sociétés contemporaines, sur le plan de la qualité comme sur celui de l'accessibilité.

La lecture du présent rapport annuel permettra d'apprécier le travail qui a été accompli au cours de l'année financière 1998-1999, autant pour ce qui est de la réflexion stratégique que pour ce qui est de l'action.

La ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux

Pauline Marois

Première partie
Le ministère de la Santé et des Services sociaux

1. L'organisation du système de santé et de services sociaux

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, autrefois nommé ministère des Affaires sociales, fut créé le 22 décembre 1970 lors de l'entrée en vigueur de la Loi sur le ministère des Affaires sociales.

Le système de santé et de services sociaux a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes, pour qu'elles puissent agir dans leur milieu et accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie.

Le mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières est destiné à :

— assurer la participation des personnes et des groupes qui les composent au choix des orientations de même qu'à l'instauration, à l'amélioration, au développement et à l'administration des services;

— favoriser la participation de tous les intervenantes et les intervenants des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un effet sur la santé et le bien-être;

— partager les responsabilités entre les organismes publics, les organismes communautaires et les autres intervenantes et intervenants du domaine de la santé et des services sociaux;

— rendre accessibles des services continus de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes sur les plans physique, psychique et social;

— tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socioculturelles, ethnoculturelles et socioéconomiques des régions;

— favoriser, en tenant compte des ressources, l'accessibilité à des services sociaux selon des modes de communication adaptés aux limitations fonctionnelles des personnes;

— favoriser, de la même façon, l'accessibilité à des services de santé et à des services sociaux dans la langue des personnes des différentes communautés culturelles du Québec;

— favoriser la prestation efficace et efficiente de services de santé et de services sociaux dans le respect des droits des usagères et des usagers de ces services;

— assurer la participation des ressources humaines des établissements au choix des orientations de ces derniers et à la détermination de leurs priorités;

— promouvoir la recherche et l'enseignement de façon à mieux répondre aux besoins de la population.

La mission du Ministère est axée sur les fonctions centrales et stratégiques du système de santé et de services sociaux. Son rôle porte essentiellement sur la « régulation » du système, sur son orientation générale en matière de politique de santé et de bien-être et sur l'évaluation des résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés.

Les régies régionales de la santé et des services sociaux doivent, quant à elles, agir à titre de maîtres-d'œuvre dans la planification, la mise en œuvre, l'organisation et la coordination des programmes et des services, ainsi que dans l'allocation des ressources sur leur territoire.

Quant aux établissements du réseau, leur mission consiste à mettre en place et à offrir des services appropriés aux différents types d'usagères et d'usagers, conformément aux fonctions qui leur sont confiées par la loi.

La gestion du système de santé et de services sociaux est assurée par le Ministère ainsi que par dix-sept régies régionales et un conseil régional répartis dans dix-huit régions sociosanitaires à travers la province.

Le Ministère comprend sept directions générales, outre la Direction supérieure. Les mandats et les réalisations de chacune de ces directions, au cours de l'année 1998-1999, sont décrits dans les pages qui suivent.

Pour cette même année, l'effectif du Ministère totalise 663 personnes. On trouvera à l'annexe III du présent rapport des précisions additionnelles sur la gestion ministérielle des ressources humaines.

2. La prestation des services de santé et des services sociaux

2.1. Les établissements

Plus de 507 établissements publics et privés conventionnés offrent des services de santé et des services sociaux au Québec. La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit que ces services soient accessibles dans les types de centres suivants :

— les centres locaux de services communautaires (CLSC);

— les centres hospitaliers (CH);

— les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ);

— les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);

— les centres de réadaptation (CR).

2.2. Les organismes communautaires

Les quelque 2 500 organismes communautaires qui œuvrent dans le domaine de la santé et des services sociaux jouent un rôle de premier plan auprès de nombreux groupes. La gamme de services qu'ils offrent est très variée. Notons, entre autres :

— des services de prévention, d'aide et de soutien, y compris des services d'hébergement temporaire;

— des activités de promotion, de sensibilisation et de défense des droits et des intérêts des personnes utilisant des services de santé ou des services sociaux;

— la promotion du développement social, l'amélioration des conditions de vie ou la promotion de la santé pour l'ensemble du Québec;

— des activités répondant à des besoins nouveaux, utilisant des approches nouvelles ou visant des groupes particuliers de personnes.

2.3. Les autres partenaires

Un grand nombre d'associations et de corporations professionnelles, de fédérations médicales et d'autres regroupements font aussi partie de l'environnement du ministère de la Santé et des Services sociaux.

3. Les ressources financières

Les dépenses encourues durant l'exercice financier 1998-1999, au regard des crédits accordés le 31 mars 1999 au Ministère de la Santé et des Services sociaux, à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et à l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), s'élèvent à 14 684 393 200 $. Ce montant tient compte, entre autres, d'un investissement supplémentaire de 1,1 milliard de dollars destiné à la consolidation des services, à la restructuration financière du réseau et à l'amélioration de l'accès aux services.

Ces dépenses sont réparties en cinq programmes, comme suit :

Fonctions nationales	160 274 251 $
Fonctions régionales	11 034 077 079 $
Recherche	67 148 700 $
Office des personnes handicapées du Québec	62 003 526 $
Régie de l'assurance-maladie du Québec	3 360 889 644 $
Total	**14 684 393 200 $**

4. Les principales réalisations en 1998-1999

Les lignes directrices qui guident l'action dans le domaine sociosanitaire sont articulées autour d'une fonction ministérielle de planification stratégique, tant en ce qui a trait aux indicateurs relatifs aux objectifs — dans la continuité de la Politique de santé et du bien-être —, qu'à la stratégie budgétaire et financière de gestion intégrée en fonction des résultats à atteindre.

Voici les principales actions de cette année.

Expertise

— Rédigé par monsieur André Lebon, président du Groupe d'experts en organisation clinique, matière jeunesse, le rapport *État de la situation et recommandations en regard des listes d'attente en protection de la jeunesse et de l'accessibilité aux services à la jeunesse* a été remis au ministre de la Santé et des Services sociaux le 7 juillet 1998.

— Le groupe d'experts en organisation clinique a déposé à la régie de Laval, en juin 1998, un rapport ayant pour titre *La réalisation du virage ambulatoire par les CLSC de la région de Laval.*

— En octobre 1998, le groupe de travail mis sur pied par le groupe d'expert en organisation clinique a remis au ministre un document d'orientation intitulé *Les centres de services ambulatoires hospitaliers.*

Les politiques

— Le *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* a été publié en décembre 1998.

— Le Ministère a publié, en décembre 1998, le document *Agissons en complices* - une stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes (Rapport Cliche).

— Le Ministère a publié le *Plan d'action en toxicomanie, 1999-2001.*

— Le gouvernement a annoncé un investissement de 1,7 milliard $ sur deux ans dans la santé et les services sociaux dont 1,0 milliard $, en 1998-1999 destiné à la prise en charge des déficits du réseau et à la stabilisation de son fonctionnement.

Les orientations en matière d'organisation des ressources

— La mise sur pied du Comité d'appui à l'organisation du réseau hospitalier universitaire.

— Dépôt en juillet 1997 du rapport *Les dons et les greffes d'organes et de tissus au Québec.*

— Le Ministère a injecté, par l'entremise de son Programme d'investissements en haute technologie, une somme de 15 000 000 $.

Les études évaluatives et la recherche

— Publication intitulée *Vers une meilleure participation sociale des personnes qui présentent une déficience intellectuelle.*

— Le Ministère a effectué une évaluation relative aux effets du régime d'assurance médicament sur les prestataires de la sécurité du revenu (rapport Tamblyn) et une évaluation des mécanismes et des critères utilisés pour approuver l'inscription des médicaments coûteux sur la liste de produits offerts par le régime (rapport McGrégor).

— Le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ), le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) et le Conseil d'évaluation des technologies de la santé (CETS) sont des organismes qui ont été transférés, en décembre 1998, au nouveau ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie; Santé Québec pour sa part, a été transféré à l'Institut de la statistique du Québec en février 1999.

— Au printemps 1998, le Ministère rendait public le Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique.

Les interventions en santé publique

— La mise en œuvre à la grandeur du Québec du Programme de référence des prestataires enceintes au CLSC, par l'entremise des Centres locaux d'emploi (CLE).

— L'implantation, en 1998-1999, de six centres de ressources périnatales.

De nombreuses publications en santé environnementale

— *Le monoxyde de carbone tue. Y en a-t-il chez vous ?*

— *Herbe à poux, agissons sur-le-champ.*

— *Le bronzage artificiel au Québec, bilan des connaissances et recommandations.*

— *Le Protocole d'immunisation du Québec.*

— Préparation et mise en application de programmes d'intervention intégrés avec la CSST.

— Identification et évaluation des flocages d'amiante dans les écoles du Québec.

— Un guide d'intervention a été publié : *Prévention et contrôle des infections dans les centres de la petite enfance*.

— Un investissement financier de 3 700 000 $ dans la lutte contre le tabagisme.

— Un programme de dépistage systématique du cancer du sein a été implanté pour lequel un budget de 1 750 000 $ a été alloué.

— 800 000 $ est alloué pour soutenir 17 projets d'intervention et d'évaluation en prévention du suicide.

— Le MSSS a diffusé son plan d'action en toxicomanie 1999-2001.

Le Centre québécois de coordination sur le sida

— Le Centre québécois a rendu public son plan d'action 1998-2000 centré sur les personnes vivant avec le VIH et le sida, sur les groupes vulnérables et sur la population en général.

— Un *Cadre de référence pour la prévention de l'infection par le VIH* a été publié.

Le système de gestion du sang au Québec

— La loi constituant Héma-Québec a été sanctionnée le 20 juin 1998.

— Héma-Québec a débuté ses opérations d'approvisionnement en sang le 28 septembre 1998.

— Le Comité d'hémovigilance a également été mis sur pied à l'automne 1997.

Les relations professionnelles

— Une opération d'envergure a été menée pour attirer dans les établissements un certain nombre d'infirmières qui n'avaient pas exercé la profession depuis quelques années, cette opération a permis d'augmenter les effectifs infirmiers de 338 personnes.

— En 1998-1999, s'est tenu le premier rendez-vous annuel des cadres. Au-delà de 200 personnes issues de toutes les régions y ont participé.

— Le 1er décembre 1997, le ministre de la Santé et des Services sociaux signait avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) un protocole d'accord pour les années 1996-1997 à 2000-2001.

Les immobilisations et équipements

— En vertu du Programme triennal d'investissements 1998-1999 / 2000-2001, le Ministère a investi 1 793 393 000 $ pour réaliser des projets capitalisables d'immobilisation et de technologies de l'information.

Les services au personnel

— La mise sur pied du Service de la lutte au tabagisme et la création de la Direction générale de l'adaptation à l'an 2000.

— Le Ministère a investi 365 998 $ pour le développement et la formation de son personnel.

Les ressources informationnelles du secteur sociosanitaire

— Mise en place du réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS), le déploiement du réseau de télémédecine, le déploiement des technocentres et de l'intranet sociosanitaire.

La coopération internationale

— En plus d'accueillir 35 missions provenant des diverses régions du monde, le Service de coopération internationale a collaboré spécifiquement à l'organisation de 10 missions du Québec en France et à l'accueil de 13 missions françaises au Québec.

Seconde partie
Le bilan administratif

1. Le Bureau de la sous-ministre

La Direction supérieure, constituée par le Bureau de la sous-ministre, est chargée de la direction et de la coordination de l'ensemble du Ministère.

La sous-ministre et sa Direction supérieure ont pour mandat :

— de voir à l'administration des politiques, lois, règlements et programmes relevant de la juridiction du ministère de la Santé et des Services sociaux;

— d'assurer les liens nécessaires entre la ministre, le Conseil exécutif, le Conseil du trésor et les directions générales pour la préparation, l'exécution et le cheminement des dossiers relevant de la compétence ministérielle;

— de présider le comité de direction et de coprésider le comité ministre/sous-ministres;

— d'assurer les liens nécessaires avec les autres ministères et organismes du gouvernement du Québec et des autres gouvernements (canadien, provinciaux et internationaux) afin d'appuyer la position stratégique du Ministère;

— de vérifier que les stratégies de communication améliorent les liens avec le public, et assurent l'accès à l'information dans une dynamique de transparence.

1.1. Les affaires juridiques

La Direction des affaires juridiques relève du ministère de la Justice. Elle a pour mandat de conseiller le ministère de la Santé et des Services sociaux en matière légale.

Conformément à ce mandat, cette direction fournit le soutien juridique nécessaire à la rédaction, à l'interprétation et à l'application des lois et règlements qui concernent le Ministère. Elle participe, en outre, à l'établissement de politiques ayant des conséquences juridiques et représente le Ministère sur le plan légal dans les comités où la présence de celui-ci est requise, ainsi qu'à l'occasion de missions particulières.

Enfin, la direction rédige les documents de nature juridique et prend en charge les dossiers litigieux qui engagent le Ministère.

1.2. Le Secrétariat du Ministère

Le Secrétariat conseille la sous-ministre sur les dossiers en cours et sur le fonctionnement du Ministère. Il assure les liens nécessaires entre le cabinet de la ministre, le Conseil du trésor, le Conseil exécutif et les directions générales dans la préparation et le cheminement des dossiers et documents officiels du Ministère. Il appuie le comité de direction et le comité ministre/sous-ministres dans leurs interventions, et voit à la bonne marche du Bureau de la sous-ministre.

1.2.1. Le Secrétariat administratif

Le Secrétariat administratif coordonne les activités relatives au cheminement et à la conservation des documents officiels du Ministère. Il assure la gestion du système de traitement du courrier adressé aux ministres et au sous-ministre.

Il maintient à jour le fichier des membres des conseils d'administration des établissements publics du réseau et des régies régionales en plus d'élaborer et d'appliquer les procédures internes relatives à ces activités et à celles qui sont nécessaires au bon fonctionnement du Ministère.

En outre, le Secrétariat administratif planifie et coordonne l'opération annuelle d'attribution des prix Persillier-Lachapelle. Les douze lauréats de l'édition 1998 rejoignent le palmarès de l'excellence où figurent les 132 établissements et organismes communautaires auxquels ce concours a rendu hommage depuis 1980.

Le Secrétariat administratif prépare également le rapport annuel du Ministère en collaboration avec les différentes unités administratives.

Enfin, il assure le suivi budgétaire et financier des unités administratives relevant de la Direction supérieure.

LES PRIX PERSILLIER-LACHAPELLE	LES LAURÉATS DE 1998
Les prix d'excellence pour les initiatives des établissements	
Qualité des services à la population :	Le Centre hospitalier de la région de l'Amiante (région de Chaudière-Appalaches) pour son centre intégré de ressources alternatives
Personnalisation des soins et des services :	L'Hôpital Laval (région de Québec) pour son programme de réadaptation respiratoire
Prévention — Promotion de la santé et du bien-être :	Le CLSC La Presqu'île (région de la Montérégie) pour son programme « Estime de soi »
Les prix d'excellence pour les initiatives des organismes communautaires	
Prévention — Promotion de la santé et du bien-être :	La Corporation de recherche et d'action sur les maladies héréditaires (CORAMH) (région du Saguenay-Lac-Saint-Jean) pour la recherche de solutions aux problèmes de santé causés par des maladies héréditaires
Soutien aux groupes les plus vulnérables :	Le Théâtre Aphasique (région de Montréal) pour l'utilisation de l'art dramatique comme moyen d'intégration sociale
Soutien aux familles :	Le Carrefour pour Elle et Après Coup (région de la Montérégie) pour son service d'intervention externe auprès des enfants
Les mentions d'honneur pour les initiatives des organismes communautaires	
Prévention — Promotion de la santé et du bien-être :	ENRICH (Réseau anglophone des ressources en santé communautaire) (région de l'Outaouais) pour son programme « Aware, Prepared and Linked »
Soutien aux groupes les plus vulnérables :	Le Centre communautaire L'Amitié (région de Québec) pour son lieu de rassemblement, d'échange et de réflexion
Soutien aux familles :	Le Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille (région de l'Outaouais) pour son programme d'entraide et de soutien
Le prix Condition féminine :	L'Entre-Acte « Maison de la famille » inc. (région de l'Abitibi-Témiscamingue) pour son programme « Marrainage »
Le prix Personnes âgées :	Le Réseau de la santé et des services sociaux des Aurores Boréales (région de l'Abitibi-Témiscamingue) pour sa télésérie « La vie au quotidien »
Le prix Coup de cœur :	L'Hôpital Jeffery Hale (région de Québec) pour son programme d'intégration des animaux domestiques au milieu de vie

1.2.2. La condition féminine

Le Service à la condition féminine (SCF) conseille le sous-ministre et les diverses instances du Ministère quant aux activités liées à la condition féminine dans le secteur de la santé et des services sociaux. De façon plus précise, il s'assure que les besoins particuliers des femmes soient pris en considération dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques, des orientations et des stratégies dans le domaine de la santé et du bien-être. Il conçoit également les orientations et les plans d'action en matière de condition féminine et en assure la coordination, le suivi et l'évaluation. Enfin, il établit des liaisons entre le réseau de la santé et des services sociaux, les groupes de femmes et les instances gouvernementales, et assure le développement de l'expertise en matière de santé des femmes.

Au début de l'année financière 1998-1999, le SCF a publié et diffusé dans le réseau de la santé et des services sociaux le document intitulé *Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes*, qui présente l'ensemble des engagements du Ministère en matière de condition féminine. Ce document intègre par ailleurs les engagements pris par le Ministère à l'occasion de la publication de son *Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises*, qui constitue la deuxième étape d'application de la politique gouvernementale en matière de condition féminine.

Le SCF a également effectué, en étroite collaboration avec les directions générales visées, un bilan 1997-1998 des actions inscrites au *Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes*. Ce bilan a été transmis au Secrétariat à la condition féminine à l'intérieur du suivi de la politique gouvernementale en matière de condition féminine.

Le SCF a poursuivi sa participation au Comité interministériel sur l'instauration de l'analyse différenciée selon les sexes dans les pratiques gouvernementales. Il a, notamment, contribué au démarrage d'un projet pilote au Ministère qui vise à intégrer cette approche dans l'établissement des lignes directrices pour les services aux personnes âgées en perte d'autonomie.

De plus, le SCF a maintenu ses activités dans plusieurs dossiers relatifs à la santé physique, à la santé mentale et à la transformation du réseau, en fournissant de l'expertise et en coopérant à divers comités de travail et comités consultatifs.

Enfin, le SCF a coordonné l'organisation des activités du Ministère pour souligner la Journée internationale des femmes. Il a aussi répondu tout au long de l'année à de nombreuses demandes d'avis, d'information et de référence.

1.3. Les communications

La Direction des communications conseille le ou la sous-ministre et les directions générales du Ministère et les assiste dans la planification et la réalisation d'activités de communication publique. Elle planifie et réalise des programmes de communication à l'intention des usagères et des usagers ou des groupes visés par les politiques et par les programmes ministériels en tenant compte des priorités établies et en concertation avec les instances régionales en cause.

Cette direction est également l'éditeur officiel du Ministère. À ce titre, elle est responsable de la qualité des publications (plus d'une centaine en 1998-1999) destinées à la population ou adressées aux autres destinataires internes ou externes du Ministère. Elle fournit en conséquence les services spécialisés en matière linguistique : révision, réécriture et traduction. La Direction des communications est aussi responsable de fournir les renseignements généraux à la population.

En 1998-1999, la Direction des communications a réalisé notamment, deux campagnes d'information. La première, portant sur la transformation du réseau de la santé et des services sociaux, visait à mieux informer la population sur les services, tandis que la deuxième sur la prévention du sida et des maladies transmises sexuellement avait pour but premier d'encourager la tolérance face aux personnes les plus démunies de la société. La direction a également contribué à la mise en place du Programme québécois de dépistage du cancer du sein et coordonné la réalisation d'une campagne d'information sur la violence faite aux femmes; cette dernière démarche a été effectuée en collaboration avec six ministères et les organismes communautaires touchés par cette problématique.

Au sein de la direction, la Division de la production fournit des services de conception et de production graphiques et coordonne la diffusion des publications du Ministère. Elle offre également des services conseil en ce qui a trait à la présentation graphique d'imprimés administratifs, dont certains formulaires nécessaires à la bonne gestion du réseau de la santé et des services sociaux.

Enfin, la direction encadre la diffusion de l'information ministérielle sur Internet et assure la gestion courante du site du Ministère, de même que son déploiement (la structure et le classement de l'information) et son bon fonctionnement.

1.4. L'adoption internationale

Le Secrétariat à l'adoption internationale (SAI) a pour mission :

— de coordonner l'adoption internationale au Québec;

— d'aider et de conseiller les organismes québécois agréés dans leur travail en matière d'adoption internationale et les familles québécoises qui ont projeté d'adopter un enfant étranger;

— de veiller à l'application des lois et de la politique relative à l'adoption internationale au Québec;

— de conseiller les autorités du Ministère dans le domaine de l'adoption internationale;

— d'établir, avec les autorités compétentes des pays étrangers, des accords relatifs à l'adoption internationale qui respectent à la fois la législation étrangère et la législation québécoise.

Pour réaliser son mandat, le SAI évalue les possibilités d'adoption dans les divers pays étrangers et revoit, avec les autorités compétentes de ces pays, les conditions essentielles à l'adoption. Il consulte les lois relatives à l'adoption et établit la procédure à suivre. Il concrétise, si possible, ces conditions dans des ententes internationales formelles en collaboration avec les ministères québécois et fédéraux visés et voit à leur maintien.

Au Québec, le SAI préside le Comité interministériel sur l'adoption internationale auquel participent le ministère des Relations internationales, le ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration et le ministère de la Justice. Il collabore aussi avec le Bureau national de l'adoption du ministère du Développement des ressources humaines du Canada ainsi qu'avec tous les services du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration. Cette année, le SAI a répondu à diverses demandes en provenance de ce dernier quant aux aspects liés à l'adoption internationale à l'intérieur du projet de loi sur la citoyenneté.

En 1998-1999, le SAI a accueilli des délégations étrangères responsables de l'adoption en provenance de la Chine, d'Haïti, du Népal, de Roumanie, du Viêt Nam, du Cambodge, de Taiwan, de la Thaïlande et de la Corée.

Par ailleurs, il a effectué des missions en Roumanie, au Mexique, au Guatemala, en Inde, aux Philippines, en Chine, aux États-Unis, au Viêt Nam, au Cambodge et à Singapour. Ces voyages ont permis de raffermir les liens avec les autorités et les personnes responsables de l'adoption dans les pays visités, d'aplanir certaines difficultés et de mieux saisir toutes les dimensions du travail réalisé par les organismes agréés œuvrant dans ces pays.

On compte 17 organismes agréés œuvrant dans 21 pays. Au cours de 1998-1999, quelques uns d'entre eux ont cessé leurs activités dans certains de ces pays, notamment en Russie et au Nicaragua; d'autres ont vu le jour en Inde, au Belarus et en Russie. Des organismes ont été agréés dans de nouveaux pays soit à l'Île Dominique, au Guatemala et en Roumanie.

Finalement, le SAI a émis, au cours de l'année financière 1998-1999, 886 autorisations de projets d'adoption internationale pour des enfants provenant de 37 pays, principalement de la Chine (452), d'Haïti (110), du Viêt Nam (71), de la Russie (58) et de Taiwan (46).

Bien que l'on puisse s'attendre à ce que le nombre d'adoptions fluctue d'une année à l'autre, certains éléments pourraient expliquer les variations observées cette année. Ainsi, en ce qui a trait à la Chine, l'augmentation du nombre d'adoptions pourrait être attribuable au fait que le SAI ait pu consolider ses liens avec ce pays et régler certaines situations complexes à la suite de la visite d'une délégation au Québec, au printemps 1998, et d'une mission du SAI en Chine, à l'automne de la même année. Quant à l'augmentation observée au Viêt Nam, il est possible de l'attribuer à l'arrivée d'un nouvel organisme agréé dans ce pays.

1.5. L'expertise

En 1998-1999, le Ministère a regroupé des équipes de spécialistes à l'intérieur de la Direction supérieure.

1.5.1. L'organisation clinique

Le Groupe d'experts en organisation clinique a le mandat d'assister le Ministère dans l'organisation et le fonctionnement du système de santé et de services sociaux.

1.5.2. Les services à la jeunesse

Rédigé par monsieur André Lebon, président du Groupe d'experts en organisation clinique, matière jeunesse, le rapport *État de la situation et recommandations en regard des listes d'attente en protection de la jeunesse et de l'accessibilité aux services à la jeunesse* a été remis au ministre de la Santé et des Services sociaux le 7 juillet 1998.

Le ministre a prolongé le mandat du groupe pour un an afin de s'assurer que les plans d'action déposés par les régions soient mis en application et que les listes d'attente soient éliminées dans toute la mesure du possible.

Enfin, en janvier 1999, le Ministère a confié la responsabilité des dossiers du Groupe d'experts en organisation clinique, en matière de jeunesse, à la Direction générale des services à la population, compte tenu du mandat de cette dernière auprès des régies régionales.

1.5.3. Les centres hospitaliers ambulatoires

Les experts en organisation clinique ont chargé un groupe de travail d'examiner, à la demande du ministre de la Santé et de Services sociaux, le nouveau concept des centres de services ambulatoires hospitaliers, en vue d'en préciser le contenu.

En octobre 1998, le groupe de travail a remis au ministre un document d'orientation intitulé *Les centres de services ambulatoires hospitaliers* dans lequel il identifie les principes directeurs qui doivent guider la programmation de ces centres, ainsi que les principales notions de bases à considérer dans l'étude des projets soumis. Selon ce rapport, il existe présentement un potentiel important de développement des services ambulatoires hospitaliers compte tenu des progrès actuels et futurs de la technologie biomédicale, de la pharmacologie, des méthodes de diagnostic et de traitement, ainsi qu'en raison de l'amélioration de la technologie des systèmes d'information.

Le Groupe d'experts en organisation clinique a aussi participé à divers comités chargés de discuter des projets relatifs à la mise sur pied de centres ambulatoires hospitaliers notamment dans les régions de Laval, de Montréal-Centre et de Lanaudière.

1.5.4. Les centres locaux de services communautaires

À la demande de la régie régionale de Laval, le Groupe d'experts en organisation clinique a visité les quatre CLSC de la région de Laval, soit les CLSC-CHSLD du Marigot, CLSC Norman-Bethune, CLSC des Mille-Isles-CHSLD et CLSC-CHSLD Ste-Rose de Laval, à la suite de quoi il a rédigé un rapport qui a été déposé à la régie de Laval, en juin 1998, sous le titre *La réalisation du virage ambulatoire par les CLSC de la région de Laval.*

L'étude qui sous-tend la réalisation de ce rapport a permis de constater que tous les CLSC de la région de Laval profitaient d'un personnel dynamique, compétent et intéressé à perfectionner les services et les soins appropriés aux divers types de patientes et de patients. Les équipes des CLSC ont démontré leur capacité à réduire les hospitalisations non pertinentes, l'hébergement des personnes âgées, l'institutionnalisation des personnes ayant des problèmes de santé mentale et le placement des enfants ainsi que des adolescentes et des adolescents.

De plus, le groupe a suggéré que tous les CLSC de la région mettent en place un projet médical fonctionnel en rapport avec leur mission et leurs responsabilités.

1.5.5. Les urgences

La situation générale dans les salles d'urgence a été difficile au cours de l'année 1998-99, surtout durant les mois d'hiver. L'occupation moyenne des urgences a été encore plus élevée que pendant l'année précédente marquée par la tempête de verglas. Le séjour moyen des personnes sur des civières dans les urgences est demeuré à peu près stable, tandis que le pourcentage de patientes et de patients alités sur des civières, 48 heures et plus, a légèrement diminué en dépit de l'achalandage (tableau 1).

Le phénomène du débordement actuel des urgences est attribuable, en grande partie, à l'augmentation du volume de personnes qui s'y présentent ainsi qu'au nombre relativement élevé d'entre elles qui doivent être hospitalisés; à cela s'ajoute la durée moyenne de séjour à l'urgence qui influence directement ce débordement.

La crise importante vécue, en février 1999, dans les urgences du Québec a confirmé l'acuité du problème. Face à cette situation, la ministre de la Santé et des Services sociaux a formé un groupe de travail chargé d'analyser la situation et d'examiner de nouvelles hypothèses de solutions. Placé sous l'autorité du Groupe d'experts en organisation clinique, le groupe doit remettre un rapport à la ministre au plus tard en septembre de cette année.

Le Groupe d'experts en organisation clinique a continué de soutenir les régies régionales et certains centres hospitaliers quant au fonctionnement de leur urgence. Des visites ont été effectuées à la demande des régies régionales dans des centres hospitaliers de la région de Québec, du Saguenay, des Laurentides, de Lanaudière et de Laval.

1.5.6. L'accès aux services spécialisés

Le Groupe de soutien à l'accès aux services chirurgicaux et médicaux spécialisés a poursuivi ses travaux. Trois comités de médecins spécialistes ont été formés pour déterminer les délais d'accès acceptables selon les priorités cliniques. Ainsi, en cardiologie tertiaire, ils ont recommandé de donner priorité à l'hémodynamie, aux pontages et aux valvuloplasties; en ophtalmologie, à la chirurgie de la cataracte; en orthopédie, à l'implantation des prothèses du genou et de la hanche. Les recommandations des comités ont fait l'objet de discussions auprès des associations en cause qui ont examiné la possibilité ou non de les appliquer dans leur champ respectif de spécialisation. Le prochain secteur visé est celui des services en oncologie ou l'on prévoit accorder priorité à la radio-oncologie.

Formés de gestionnaires des centres hospitaliers et de responsables de l'accès aux services dans les régies régionales, d'autres groupes ont examiné la nature des besoins, en matière d'information, auxquels le système informatique doit répondre et le type de logiciel devant être privilégié pour satisfaire à leurs exigences.

Une analyse technique comparative poussée de trois logiciels déjà sur le marché a fait ressortir nettement les avantages d'un produit par rapport aux autres. Étant donné l'urgence d'assurer une gestion efficace quant à l'accès aux services, et la disponibilité de logiciels pouvant répondre partiellement aux besoins, le Ministère a décidé de faire l'acquisition de l'un d'entre eux en prévoyant l'adopter aux spécificités du réseau, plutôt que de mettre lui-même au point un nouveau logiciel, ce qui engendrerait des délais importants.

2. La planification et l'évaluation

La Direction générale de la planification et de l'évaluation (DGPE) a pour mandat :

— de dégager des priorités, de proposer des objectifs en matière de santé et de bien-être ainsi que des paramètres généraux d'organisation et de répartition des ressources, et de formuler des orientations, des politiques et des plans d'action permettant d'atteindre les objectifs retenus ;

— de suivre l'évolution des principaux paramètres du système sociosanitaire, de produire et de traiter, aux fins d'analyse comparative, l'information statistique sur la population ;

— de concevoir les indicateurs nécessaires au suivi de gestion, à l'analyse de rendement et à l'évaluation du degré d'atteinte des résultats;

— de produire des analyses et des outils d'aide à la prise de décision stratégique pour l'ensemble des fonctions de « régulation » du Ministère, et d'évaluer les politiques, les stratégies, les programmes ainsi que la couverture des services;

— de veiller à l'orientation et à la coordination de la recherche dans le champ d'intervention du Ministère;

— de veiller à l'équité interrégionale dans l'allocation des ressources;

— de fournir les services de documentation et d'administrer les activités afférentes à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, à la Loi sur les archives et à la Charte de la langue française;

— de coordonner, jusqu'en 1999, l'implantation de la Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes.

La DGPE joue également un rôle de soutien à l'action auprès des autres directions générales. Ses objectifs sont les suivants :

— permettre à l'ensemble des directions du Ministère de connaître et de pouvoir utiliser les instruments courants de planification et d'évaluation de façon à soutenir la prise de décision avec les éléments stratégiques les plus pertinents;

— documenter les phénomènes et les problèmes auxquels le Québec est susceptible d'être confronté, à moyen et à long terme, en matière de santé et de services sociaux, afin d'adapter les orientations en conséquence;

— favoriser une compréhension intégrée de l'ensemble des facteurs qui permettent d'assurer et de maintenir la cohérence à l'intérieur du système de santé et de services sociaux;

— suivre les développements les plus significatifs sur le plan des connaissances pour en assurer la diffusion auprès des autorités en cause.

2.1. La planification stratégique

La DGPE est un lieu de développement et d'intégration des grandes orientations du système de santé et des services sociaux. En analysant les différents phénomènes qui marquent l'évolution de ce dernier, elle alimente les processus de prise de décision au sein du Ministère et participe à la définition des priorités gouvernementales. Elle propose les stratégies qui apparaissent les plus appropriées tant pour l'organisation des services que pour l'action intersectorielle.

En dégageant les tendances les plus révélatrices en matière d'offre de services et celles susceptibles d'assurer une prise en compte satisfaisante quant à l'évolution des besoins de la population, la DGPE contribue à élargir la perspective appelée à alimenter l'adaptation constante du système de santé et de services sociaux au cours des prochaines années.

En 1998-1999, la consolidation d'une démarche de planification stratégique à l'intérieur du Ministère, en plus d'assurer la réalisation du plan annuel, a permis de dégager des lignes directrices pertinentes pour l'organisation des services à l'ensemble de la population. Le Ministère dispose maintenant d'outils plus systématiques pour mieux définir l'accessibilité aux services, la répartition des ressources sur le territoire, la coordination d'un ensemble de producteurs de services, et les objectifs de résultats.

2.2 Les politiques

Le Conseil Québécois de lutte contre le cancer

Au cours de sa première année de fonctionnement, le Conseil Québécois de lutte contre le cancer a principalement centré ses activités autour de trois volets :

— l'appui aux régies régionales pour la préparation de leur programme régional de lutte contre le cancer;

— l'étude de certains dossiers prioritaires, et la mise en place d'un projet de démonstration;

— la mise en œuvre d'un plan de communications pour le C.Q.L.C.

Le support à la préparation des programmes régionaux de lutte contre le cancer

En vertu de son mandat, le CQLC apporte une aide particulière aux régies régionales dans la préparation de leur programme de lutte contre le cancer. Ainsi, le CQLC a organisé, avec le concours de la Conférence des régies régionales, une journée d'information à laquelle ont participé des membres du personnel des services de santé physique et de santé publique de plusieurs régies régionales. À la suite de quoi une invitation a été acheminée à chacune des régies pour mettre au point une rencontre plus précise en vue de procéder au démarrage des programmes régionaux.

De telles rencontres s'étaleront tout au cours de l'année. À ce jour, sept régies ont répondu à l'invitation du CQLC.

Les dossiers prioritaires et le projet de démonstration

Dès le début de ses travaux, le CQLC a dû accorder priorité à certains dossiers nécessitant la recherche d'une solution ou l'amorce d'une démarche, notamment en ce qui a trait à la radio- oncologie, au dépistage du cancer du col et à la mise en place de groupe de travail sur certains sites tumoraux, notamment les cancers reliés au système digestif, au système neurologique et au système locomoteur.

Le CQLC a composé une équipe de recherche pour préparer un projet comprenant la définition, la mise en place et l'expérimentation d'un dossier réseau en oncologie. Le projet portera d'abord sur le cancer du sein; les régions retenues pour l'expérimentation sont Québec et Chaudières-Appalache. Au cours de la présente année, l'équipe a terminé la préparation dudit projet et l'a soumis au Fonds d'adaptation des services de santé (FASS) pour financement. Le projet a obtenu une subvention de 1,7 M $ pour deux ans.

Le plan de communication

Un des volets essentiels du mandat du CQLC est de promouvoir la lutte contre le cancer en favorisant le transfert des connaissances et la diffusion de l'information. À cette fin, le CQLC s'est doté d'un outil important, le bulletin de liaison *Réseau cancer Québec*, qui vise à favoriser les échanges entre les différentes personnes qui travaillent dans le domaine de l'oncologie et à rendre plus accessible, particulièrement aux régions éloignées, une information qui soit la plus pertinente et la plus à jour possible. Le bulletin s'adresse à l'ensemble des intervenantes et des intervenants du domaine de l'oncologie.

Santé mentale

Le *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* a été publié en décembre 1998. L'ensemble des transformations vise d'abord les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves et repose sur un consensus qui valorise l'intégration sociale, la recherche de solution dans le milieu de vie et l'appropriation du pouvoir.

Le plan d'action prévoit la mise en place de services permettant de passer d'un modèle d'organisation dont les services sont concentrés à l'intérieur des hôpitaux à un modèle qui offre des réponses dans le milieu de vie des personnes. Ces services feront partie de réseaux locaux qui fourniront surtout du suivi dans la communauté, des interventions en situation de crises, du support pour l'accès au logement et pour l'intégration au travail.

Le plan d'action prévoit également améliorer l'accès aux services de pédopsychiatrie et la continuité entre les services psychosociaux et médicaux, pour les enfants et les jeunes présentant des troubles mentaux.

La mise en œuvre des mesures du plan d'action va bon train, des comités MSSS-Régies ayant été créés à cette fin. Le premier a pour mandat de suivre la transformation au moyen d'indicateurs et le second, d'établir des activités de formation d'ensemble au regard des priorités retenues dans le plan d'action. Par ailleurs, un groupe d'appui a été constitué et il débutera ses travaux au cours de l'automne.

La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.Q., 1997 chapitre 75) est entrée en vigueur en juin 1998. Les régies régionales ont alors été mandatées pour désigner les établissements ou les organismes responsables d'offrir des services d'aide en situation de crise et pour que soient rédigées des ententes entre ces partenaires et les corps policiers locaux. L'ensemble des régies régionales a entamé ce processus et devrait l'avoir terminé pour l'échéance prévue de juin 2000.

Jeunesse, enfance et famille

Une première analyse des plans régionaux de mise en œuvre du Plan d'action pour le secteur des jeunes contrevenants a mis en lumière le degré d'engagement des régions sur cette question et elle a permis au Ministère de dégager des priorités pour l'avenir immédiat. Un nouveau bilan devrait permettre d'illustrer dans quelle mesure les régions ont réussi à satisfaire aux objectifs visés.

Au moment où la préparation de la nouvelle version du manuel de référence sur la Loi sur les jeunes contrevenants arrivait dans sa phase finale, le gouvernement fédéral annonçait sa stratégie de renouvellement du système de justice pénale pour les adolescentes et les adolescents. La diffusion de cet outil important d'aide à la pratique clinique a donc été suspendue. L'analyse du projet de loi fédéral révèle des réorientations essentielles qui exigeront, non seulement la réécriture d'un nouveau manuel de référence, mais également la formation au cours de l'année prochaine, d'intervenantes et d'intervenants capable d'interpréter et de mettre en application la nouvelle législation.

Conformément à l'une des recommandations du Plan d'action pour le secteur des jeunes contrevenants, la DGPE prépare actuellement un guide de pratique en probation qui sera adapté à la nouvelle législation fédérale.

Dans le secteur des services destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille, le Ministère a publié, en décembre 1998, le document *Agissons en complices* — une stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes (Rapport Cliche) —, qui présente un état de situation quant aux principaux problèmes (abus, négligence, violence, suicide, délinquance, etc.) qui affectent le développement des enfants et des jeunes. On y retrouve, également, un exposé tant des acquis de l'organisation et de la prestation des services que des lacunes reliées à l'accessibilité, à la complémentarité des services, à la discontinuité des interventions et à la qualité des services.

Cette stratégie d'action énonce quatre objectifs généraux assortis de mesures d'action, d'un échéancier et d'atteinte de résultats.

— Le premier objectif a pour but de favoriser l'engagement et la mobilisation de toutes les personnes en cause pour travailler de concert au développement des enfants et des jeunes. À cet effet, des mécanismes de concertation devront être mis en place aux niveaux local, régional et national.

— Plusieurs mesures visent à instaurer des actions destinées à mieux soutenir les enfants et leurs parents avant que les difficultés surgissent.

— La stratégie d'action propose également des actions en vue d'assurer des services continus complémentaires et de qualité aux jeunes en difficulté et à leur famille. Par exemple :

  — des protocoles d'ententes qui clarifieront les zones de responsabilités et de collaboration entre les CLSC et les centres jeunesses;

  — la formation d'équipes locales d'intervention enfance jeunesse famille capables d'assurer une meilleure coordination des interventions qui reposent sur plus d'une personne;

  — des mesures relatives à la mise en place de systèmes d'information et d'indicateurs.

Le rapport *Agissons en complices* ayant été approuvé par les autorités ministérielles, les prochaines étapes de travail consisteront à former un comité de suivi pour assurer l'évolution de la stratégie d'action et soutenir l'implantation des mesures par les régies et les établissements en cause.

Personnes âgées

Depuis l'été 1997, le Ministère a entrepris des travaux destinés à doter le réseau de lignes directrices à l'égard des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. De telles orientations doivent permettre d'assurer la cohérence des différentes mesures qui seront adoptées dans ce secteur au cours des années à venir et de mieux organiser les services. Ces lignes directrices sont nécessaires, non seulement pour tenir compte des besoins en la matière, mais également pour offrir une perspective d'avenir permettant d'ajuster la réponse du réseau en fonction de l'évolution de ces besoins qui vont en s'accroissant.

Trois grands enjeux tissent la toile de fond des prises de décision, soit : la nature des services à offrir; l'ampleur de l'offre de services et leur mode de financement; le contrôle de la qualité des services.

Toxicomanie

En matière de toxicomanie, le Ministère a publié le *Plan d'action en toxicomanie, 1999-2001* qui précise les objectifs et les pistes d'action devant guider le Ministère et le réseau sociosanitaire dans les actions à entreprendre et à développer en matière de toxicomanie au cours des prochaines années. Le Ministère a également soutenu des travaux liés aux problèmes vécus par les jeunes et les mères toxicomanes en vue d'améliorer l'intervention auprès de ces groupes.

Déficience intellectuelle

Au cours de l'année 1998-1999, un groupe de travail ministériel a poursuivi la préparation d'une nouvelle politique à l'égard du soutien devant être apporté aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leur famille et aux autres proches. Les travaux réalisés jusqu'ici s'appuient sur des études de besoins et sur un état de situation quant à l'implantation des orientations ministérielles de 1988 à l'égard des gens aux prises avec ce type de déficience.

Dans sa forme achevée, le document de politique dressera un constat sur la situation qui prévaut en matière de services et l'évolution des besoins. Outre d'y définir également les enjeux des prochaines années,

on précisera le type de personnes à qui il s'adresse plus particulièrement de même que les changements souhaités. Des attentes de résultats seront formulées quant à l'ensemble des services qui doivent être rendus, et des lignes directrices seront proposées pour la création d'un réseau de services intégrés destinés à ces personnes, et ce, dans toutes les régions du Québec. Finalement, les éléments de mise en œuvre seront présentés sous forme d'un plan d'action.

Adoption, post-adoption et retrouvailles

Le Comité mis en place pour étudier la législation actuelle et l'organisation des services en matière de recherche d'antécédents socio-biologiques et de retrouvailles a déposé son rapport à la Ministre de la Santé et des Services sociaux et à la ministre de la Justice.

Médicament et régime d'assurance médicaments

La Loi sur l'assurance-médicaments demande que la ministre de la Santé et des Services sociaux fasse rapport au gouvernement sur la mise en œuvre de la loi au plus tard le 1er janvier 2000, et que ce rapport soit déposé à l'Assemblée nationale. L'évaluation globale du régime doit inclure un examen du fonctionnement de ses mécanismes et de ses effets sur les différentes catégories de patientes et de patients. Cette évaluation a débuté au cours de l'exercice 1998-99 et doit être terminée pour le 1er janvier 2000, tel que le prévu par la Loi.

Différents travaux ont été réalisés à l'occasion de cette évaluation et du suivi du régime général. Ainsi, le Ministère a soumis une évaluation quant aux effets de ce dernier sur les prestataires de la sécurité du revenu (Rapport Tamblyn, mars 1999), de même qu'une évaluation des mécanismes et des critères mis en place pour approuver l'inscription des médicaments coûteux sur les listes de produits couverts par le régime (Rapport McGregor). On a également examiné l'évolution des coûts des médicaments et procédé à des simulations permettant de juger dans quelle mesure le fait d'avoir réintroduit la gratuité pour certaines couches de la population, et d'avoir allégé le montant des contributions, a influencé ces coûts.

En ce qui a trait aux autres activités tenues en 1998-1999 en rapport avec les coûts des médicaments, notons la participation du Ministère aux travaux du Comité fédéral provincial territorial sur les questions pharmaceutiques, ainsi que sa représentation à la Table de concertation Pharmavision regroupant notamment des gens de l'industrie pharmaceutique et du ministère de l'Industrie, du Commerce, des Sciences et de la Technologie; la Ministre a également assisté aux séances du Conseil consultatif de pharmacologie.

Médecine génétique

Au cours des prochaines années le domaine de la génétique humaine connaîtra un essor important quant à la compréhension d'un grand nombre de problèmes de santé. Toutefois, les recherches et les nouveaux domaines d'intervention en génétique qui sous-tendent cet essor remettent en cause le droit de la personne et l'éthique biomédicale. Le développement spectaculaire de la génétique humaine soulève donc d'importantes questions éthiques et juridiques.

Dans ce contexte, le Ministère a rédigé un projet d'orientation ministérielle sur la génétique humaine, conçu en collaboration avec ses divers partenaires et tenant compte de la dimension éthique et juridique. Ces travaux devraient se terminer au cours de l'automne 1999.

2.3. Les orientations en matière d'organisation des ressources

Réseau universitaire

En 1998-1999, l'évolution du réseau universitaire a été marquée à la fois par la continuité et par le renouveau.

Parmi les événements qui s'inscrivent dans la continuité, il importe de souligner les autorisations ministérielles permettant à certains hôpitaux de signer un contrat d'affiliation universitaire, soit l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et l'hôpital Maisonneuve-Rosemont avec l'Université de Montréal, l'hôpital Charles-Lemoyne avec l'Université de Sherbrooke et l'Hôtel-Dieu de Lévis avec l'Université Laval.

En outre, le 20 août 1998, le ministre désignait l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et l'hôpital Maisonneuve-Rosemont centres hospitaliers affiliés universitaires.

L'année 1998-1999 a été également marquée par de nouvelles initiatives. Ainsi, le ministre, monsieur Jean Rochon, a rencontré à trois reprises, — soit les 29 avril, 28 mai et 7 juillet 1998 —, les universités dotées d'une faculté de médecine afin de discuter des difficultés particulières auxquelles fait face le réseau hospitalier universitaire, surtout en ce qui a trait à l'implantation des plans de pratique dans les centres hospitaliers universitaires. Ces rencontres ont permis de préciser les responsabilités de chacune des personnes qui interviennent dans la mise en place de ces plans, de relever les principaux obstacles qui lui sont reliés et de proposer des stratégies d'implantation et des conditions de réalisation.

Parallèlement à ces rencontres avec les universités, le ministre entreprenait la même démarche auprès des principaux centres hospitaliers du réseau universitaire. Une première série de rencontres a eu lieu les

23 et 24 avril 1998. Elles ont permis de dégager un consensus quant à la nécessité de compléter la transformation du réseau et de s'attaquer aux problèmes d'envergure avec lesquels ces établissements sont aux prises, notamment pour ce qui est des effectifs médicaux, des équipements et des plans de pratique.

Une deuxième série de rencontres a eu lieu les 2 et 3 juillet 1998, en particulier pour annoncer la mise sur pied du Comité d'appui à l'organisation du réseau hospitalier universitaire; elles ont aussi fourni l'occasion de préciser la composition et la nature de ses responsabilités, et de présenter son président, le docteur Luc Deschênes. En vertu de son mandat, ledit comité doit faire le point sur la situation actuelle des centres hospitaliers universitaires, des instituts universitaires et des centres hospitaliers affiliés universitaires. Il doit également collaborer avec ces établissements — entre autres pour la préparation de leur plan de développement au regard des investissements, des équipements et de la technologie —, les aider à définir leurs besoins en effectifs médicaux et, enfin, effectuer la liaison entre les différents intervenantes et intervenants pour la mise en place des plans de pratique. Le comité a commencé ses travaux en juin 1998; il a rencontré chacun des centres hospitaliers visés, les trois régies régionales touchées par cette démarche et les quatre facultés de médecine du Québec.

Virage ambulatoire en santé physique

Afin d'éclairer les intervenantes et les intervenants du réseau sur les différentes dimensions du nouveau contexte de travail imposé par la transformation du système de santé et des services sociaux, et de guider la planification des futurs services, un groupe de travail intra ministériel a déterminé les enjeux et dégagé les perspectives du virage ambulatoire en santé physique. À cette fin, un comité consultatif a été mandaté pour prévoir des dispositions permettant d'assurer l'accessibilité, l'équité et le financement des médicaments, des fournitures et des services pharmaceutiques nécessaires aux usagères et aux usagers pour leurs traitements ambulatoires et l'administration de leurs médicaments à domicile, en CLSC et en centre hospitalier. Dès l'automne 1998, ce comité a poursuivi les travaux amorcés en février 1997 et visant à harmoniser, entre les différents dispensateurs des services ambulatoires, la portée du régime d'assurance hospitalisation.

En matière de périnatalité, le virage ambulatoire s'est traduit par la mise en place, dans plusieurs centres de naissance du Québec, d'un programme de congé précoce. Ce dernier représente une option intéressante, d'abord pour les parents qui désirent se retrouver en famille rapidement après la venue du nouveau-né; ensuite, pour le centre de naissance qui y trouve une occasion d'offrir de façon plus économique un service dont la qualité est accrue par un meilleur suivi à domicile.

Le Ministère a préparé une proposition d'organisation des services énonçant et expliquant ces préalables essentiels pour favoriser la continuité des soins et faciliter un congé harmonieux. Un deuxième document dresse le portrait de la situation quant aux soins offerts en périnatalité dans le contexte du virage ambulatoire; l'un et l'autre ont été déposés auprès des régies régionales. La proposition d'organisation des services sera publiée à l'automne 1999. À partir de ce document, un travail devrait s'amorcer avec les régies pour faciliter la mise en place de services appropriés.

Ressources intermédiaires

Plusieurs étapes importantes ont été franchies dans le dossier des ressources intermédiaires, en 1998-99. Les modifications proposées quant à la définition et à la détermination des échelles de rétribution ont été sanctionnées par le Législateur en vertu du projet de loi 404. L'ensemble des ressources intermédiaires a été identifié; les services offerts ont été classifiés conformément aux règles établies; des scénarios de rétribution ont été élaborés. Les ministères du Revenu, des Finances, de la Solidarité sociale, des Affaires municipales ont été interpellés au regard de leur responsabilité respective.

Chèque emploi-service

L'instauration du Chèque Emploi-Service (CES) constitue une modalité de gestion de l'allocation directe attribuée à des usagères et des usagers pour des services d'aide à domicile; sa mise en œuvre a été amorcée l'an dernier et elle est maintenant complétée.

Malgré quelques retards consécutifs à la tempête du verglas de l'hiver 1998, dans la région de Montréal, tous les CLSC de chacune des régions sont maintenant inscrits au CES. À la fin de l'exercice financier 1998-1999, au delà de 7 000 employées et employés équivalents à plus de 2 000 temps plein, ont été ainsi rétribués.

La prochaine année devrait permettre de consolider le fonctionnement du CES et d'accroître les mesures de protection sociale de ces personnes.

Contribution financière pour les enfants hébergés

Au cours du dernier exercice financier, le comité chargé de la révision de la politique de contribution financière des enfants hébergés a complété ses travaux. Il en est résulté une proposition qui fait actuellement l'objet de discussions visant à évaluer les conséquences d'ordre financier et administratif pour les

personnes et les organismes en cause. Une fois modifié, le projet servira à la rédaction d'un mémoire pour la mise à jour du règlement de contribution.

2.4. Les normes et les standards d'allocation et d'organisation des ressources

Allocation interrégionale des ressources

La démarche d'allocation interrégionale des ressources vise la réduction des écarts en ce qui a trait à l'accès aux services pour la population de chacune des régions. La démarche s'appuie sur la comparaison entre la consommation attendue et les coûts des services consommés.

— La consommation attendue correspond à l'ensemble des services nécessaires aux besoins de la population, calculée à partir de la population pondérée par un indice de besoins (âge, sexe, espérance de vie et scolarité) et de certains coûts de production des services.

— Le coût des services consommés prend en compte la mobilité des usagères et des usagers, c'est-à-dire les coûts générés par la consommation des services dans la région de résidence et dans une autre région. Les coûts des services ultra spécialisés ou à vocation nationale sont exclus de ce calcul.

Les régions en périphérie de Montréal et de Québec sont celles qui présentent un déficit de ressources. Le modèle servant à calculer les écarts interrégionaux rend actuellement davantage compte du manque de disponibilité des ressources dans chacune des régions que du manque d'accessibilité aux services pour les populations régionales. Ainsi, la proximité géographique de la région de Montréal et de Québec offre une accessibilité aux services plus grande que ne le laisse voir la disponibilité des ressources dans les régions limitrophes.

En 1998-1999, un montant de 28 000 000 $ a été réparti entre les régions limitrophes de Montréal et de Québec, et les régions nordiques, pour réduire les écarts interrégionaux et permettre notamment à ces régions de consolider leurs services intégrés sur une base locale. À ce montant se sont ajoutés 60 000 000 $, qui ont été distribués à l'ensemble des régions en fonction des besoins de leur population et de leur richesse relative.

Services de traumatologie

Évaluation des établissements hospitaliers du réseau de la traumatologie

Tel que prévu au moment de la mise en place du système intégré de soins en traumatologie, une opération de suivi des établissements désignés a été amorcée par le Groupe Conseil en traumatologie. La performance de ces établissements est ainsi analysée sous l'angle de la nature et de la qualité des services offerts aux personnes qui bénéficient de tels soins. Par ailleurs, en raison du contexte de profondes transformations en cours dans le réseau, le Groupe conseil réévalue également la pertinence de maintenir les désignations actuelles. La phase d'implantation étant terminée, les préoccupations en traumatologie portent actuellement sur l'amélioration continue des services ainsi que sur l'enseignement et la recherche.

Registre des traumatismes

Cette banque de donnée est actuellement opérationnelle dans la majorité des centres de traumatologie. Riche de plus de 30 000 inscriptions, cette banque est devenue un outil fort utilisé à l'intérieur du processus d'assurance qualité en traumatologie. Les démarches amorcées, il y a un an, se poursuivent en vue de transférer le registre des traumatismes à la RAMQ qui en assurera bientôt l'exploitation.

Désignation de centres d'expertise pour blessés médullaires

À l'occasion de la mise en place du réseau de services en traumatologie, un continuum de services a été défini pour les personnes ayant subi une blessure à la moelle épinière. Ainsi, deux consortiums d'établissements ont été désignés pour leur offrir les services en phase aiguë. Situés à Montréal et à Québec, et en opération depuis un an, ces consortiums ont également reçu la responsabilité de soutenir les régions afin de faciliter le retour des blessés médullaires dans leur milieu de vie.

Les dynamiques créées par la mise en place de ce nouveau modèle de services devraient permettre d'engendrer sous peu des résultats comparables à ceux atteints par les organisations de haut niveau ailleurs dans le monde. Elles devraient également alimenter les réflexions qui visent à assurer une meilleure intégration des services offerts par divers types d'établissements.

Projet de développement d'un continuum de services pour les personnes neurotraumatisées

À la lumière de l'expérience dégagée par la mise en place du continuum de services pour blessés médullaires, le Ministère a décidé de reproduire le modèle en l'adaptant aux besoins particuliers des victimes d'un traumatisme cranio-cérébral (TCC).

Afin de réaliser ce mandat, le Ministère avait mis sur pied un groupe de travail temporaire. Composé de représentantes et de représentants de la Fédération de

la réadaptation en déficience physique du Québec, de l'Association des hôpitaux du Québec, de la Société de l'assurance automobile du Québec, de la Conférence des régies régionales et du Ministère, le groupe a poursuivi durant l'année, ses travaux de mise en place du projet. L'objectif de rendre opérationnel ce projet de continuum de services à l'intention des gens neurotraumatisés est maintenu pour le printemps de l'an 2000.

Les dons et les greffes d'organes et de tissus

À la suite du dépôt, en juillet 1997, du rapport *Les dons et les greffes d'organes et de tissus au Québec*, des mesures ont été mises en avant afin d'apporter certaines améliorations à l'organisation du don et de la greffe au Québec, et de bonifier la performance québécoise en matière de don d'organes et de tissus.

Parmi les mesures les plus importantes, on peut retenir :

— la modification du conseil d'administration de Québec-Transplant;

— l'attribution à cet organisme d'un nouveau mandat;

— la création d'une coalition formée de représentantes et de représentants d'organismes bénévoles engagés dans le don d'organes, à qui l'on a confié le mandat de promouvoir ce don;

— la désignation par chaque établissement en cause d'une personne responsable de l'identification « intra muros » des donneurs potentiels.

L'application de ces mesures, au cours de 1998, a coïncidé avec une augmentation du nombre de donneurs de 25 % comparativement à l'année 1997, avec un nombre de donneurs de 120, ce qui place le Québec au troisième rang des provinces canadiennes quant au taux de donneurs par million d'habitants (PMH). La désignation de personnes responsables dans les CH constituant une mesure des plus prometteuses, Québec-Transplant s'est davantage investi dans la formation des personnes chargées de repérer les donneurs potentiels, ce qui permet d'espérer des résultats encourageants.

Le Québec participe, en outre, activement aux activités du Comité de coordination fédéral/provincial/territorial sur les dons et les greffes d'organes et de tissus.

Transfert des programmes d'aides techniques

Une démarche ministérielle, entreprise en collaboration avec les partenaires du Ministère, a été enclenchée afin que se concrétise la décision du Conseil des ministres portant sur l'instauration et la modification de programmes d'aides techniques de la RAMQ et du Ministère, incluant le transfert à la RAMQ et aux régies régionales du Programme d'aide matérielle de l'OPHQ portant sur les aides techniques pour les personnes ayant une déficience motrice, organique ou de la parole. L'objectif de la démarche vise à harmoniser les programmes et à répondre aux besoins des personnes handicapées ayant des incapacités importantes et persistantes.

En vue d'atteindre cet objectif et d'implanter ces programmes dans toutes les régions du Québec, plusieurs guides de gestion ont été rédigés ou sont en voie de l'être, facilitant ainsi la planification de l'organisation des services par les régies régionales. Ils concernent particulièrement les équipements médicaux spécialisés à domicile (oxygénothérapie, ventilothérapie et hémodialyse à domicile), l'alimentation entérale, les chaussures orthétiques, les aides à la communication, les aides à la vie quotidienne et à la vie domestique, et les aides pour les fonctions d'élimination. Le transfert des programmes s'est effectué le 1er octobre 1998. Depuis, les régies régionales assument la responsabilité de la distribution et de l'accessibilité aux services pour toutes les personnes qui répondent aux critères d'accès formulés dans les guides de gestion.

Technologie biomédicale

Dans le domaine de la technologie biomédicale, plusieurs dossiers ont retenu l'attention du Ministère en 1998-1999, notamment au regard du développement et de l'amélioration de l'équipement médical spécialisé, de l'équipement médical lié à l'arrivée des médecins, de la technologie biomédicale de pointe et du maintien de la main-d'œuvre médicale dans les régions éloignées. Le Ministère a injecté, par l'entremise de son Programme d'investissements en haute technologie, une somme de 15 000 000 $ afin de doter les établissements des équipements nécessaires pour répondre aux besoins de la population.

D'autres secteurs ont fait l'objet d'une attention particulière, soit la cardiologie tertiaire, le dépistage du cancer du sein, la radiothérapie, la neurochirurgie, la télé médecine, les laboratoires et les besoins en lits de courte durée.

2.5. Les études évaluatives et la recherche

Statistiques et indicateurs

Des efforts constants ont été consentis pour améliorer la qualité des renseignements intégrés à certaines bases de données destinées au monitorage global du système sociosanitaire et pour les mettre à jour. Ces mesures ont touché, entre autres, le découpage territorial, les recensements canadiens, le système d'information financière et opérationnelle (SIFO), les

données démographiques, les dépenses gouvernementales pour la mission « Santé et Services sociaux », les comparaisons interprovinciales et internationales, les statistiques sur les ressources humaines et institutionnelles du système sociosanitaire (SÉRHUM), les statistiques sur l'utilisation des services du réseau (STATÉVO), ainsi que les bassins de desserte des centres hospitaliers.

Par ailleurs, de nouveaux numéros des bulletins *Info-Pop*, *Info-Sifo*, *Info-M22*, *Info-Contour*, *Info-SAS*, *Info-Bassins*, *Info-Stats* et *Info-Sérhum* ont été publiés au cours de l'année 1998-1999.

De plus, la section « Indicateurs et statistiques » du site Internet du Ministère a été mise à jour. De nombreuses informations statistiques récentes décrivant les principales composantes du système sociosanitaire québécois y apparaissent, ainsi que le contenu des bulletins d'information parus récemment.

Enfin, différents travaux ont été réalisés pour améliorer et garder à jour l'instrumentation nécessaire à la géomatique socio-économique et montrer ses multiples applications dans le domaine sociosanitaire. Par exemple, la publication du document *Cartographie de base des RSS et des CLSC du Québec* (mars 1999), qui sert de référence à l'intérieur de divers travaux au Ministère.

Mise en place d'indicateurs

En 1998-1999, le développement d'indicateurs permettant de suivre l'évolution de la situation (sur la base de résultats) au regard des objectifs du Ministère s'est poursuivi. Ainsi, en ce qui a trait au secteur hospitalier, les efforts ont été maintenus pour développer l'outillage nécessaire. Une série d'ateliers de formation des directrices et des directeurs des services professionnels (DSP) a été amorcée pour rejoindre l'ensemble des régions du Québec. Le Ministère a réalisé et livré à tous les hôpitaux une troisième version du logiciel d'analyse de la production hospitalière, le CD Explorateur. D'autres travaux plus en amont ont été effectués quant au choix et à la mise en œuvre d'une nouvelle classification des maladies (CIM-10) et des interventions médicales. Le document *Facteurs explicatifs des variations territoriales du recours à l'hospitalisation* a été publié.

L'activité de suivi sur base d'indicateurs s'est particulièrement concrétisée dans les opérations d'envergure du suivi de la transformation et du suivi des enveloppes supplémentaires de 110M $ consenties par le gouvernement pour régler certaines problématiques particulières. À l'intérieur des ententes de gestion avec les régies régionales, on a entrepris une démarche permettant de formuler des objectifs représentés par des indicateurs de résultats.

Ces outils ne seraient pas possibles sans les systèmes d'information appropriés. De nombreux travaux se sont donc poursuivis à l'occasion de la mise en place, du déploiement ou de la consolidation des systèmes d'information dans les secteurs des plaintes du public, de la périnatalité, des jeunes, des services aux personnes en perte d'autonomie et des services en CLSC.

Évaluation

Le Ministère a assuré la coordination du groupe de travail interministériel chargé d'évaluer la Politique d'intervention en matière de violence conjugale. Le groupe de travail s'est surtout consacré à suivre les différentes étapes liées à l'évaluation de la mise en œuvre des mécanismes de concertation intersectorielle instaurés dans les différentes régions du Québec, un projet financé conjointement par les ministères et les organismes partenaires de la Politique. Le rapport final de cette évaluation a été publié. Le Ministère a également procédé à l'évaluation d'une série de 16 projets de prévention et de promotion en violence conjugale.

Le service téléphonique Info-Santé CLSC fait l'objet d'un programme provincial d'évaluation depuis sa mise en place en 1994. Une de ces études, effectuée auprès de la clientèle du service, a été publiée en juillet 1998 (Hagan, Morin et Lépine). On a également produit un rapport final comportant une synthèse des résultats des différents travaux d'évaluation et un bilan des services mis en place. Ce rapport doit indiquer les conclusions qui se dégagent quant à l'efficacité et à l'efficience d'Info-Santé CLSC, ainsi que des propositions touchant le financement et l'évolution future du service.

Le Ministère poursuit son projet d'évaluation des unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS). Ce projet vise à mieux saisir le modèle organisationnel des UHRESS et à déterminer les adaptations possibles et souhaitables pour ces unités, compte tenu des transformations du réseau sociosanitaire québécois et des enjeux actuels et futurs liés à l'évolution du sida.

Pour ce qui est des personnes âgées, le Ministère a terminé ses travaux relatifs à l'évaluation de son projet-pilote sur l'achat de places d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie. Cette étude documente le sujet et analyse l'implantation de diverses formules de services d'achat de places (ou formules similaires) au Québec. Elle permet aussi de dégager les aménagements souhaitables.

Le comité aviseur sur la recherche et l'évaluation en toxicomanie a poursuivi ses travaux afin de dégager les priorités en matière de toxicomanie.

À l'occasion de la révision des orientations ministérielles de 1988 en matière de déficience intellectuelle, le Ministère a mené une étude sur l'état d'implantantation de ces orientations qui a donné lieu à une publication intitulée *Vers une meilleure participation sociale des personnes qui présentent une déficience intellectuelle.*

En ce qui a trait à la transformation du réseau en santé physique, le Ministère poursuit son programme d'évaluation du virage ambulatoire. Ce programme comprend plusieurs projets dont la réalisation nécessite l'utilisation tant des données agrégées et individuelles extraites des fichiers administratifs que des données individuelles provenant d'enquêtes sur le terrain. Au cours de cette année, les paramètres du projet « L'évaluation des changements dans l'offre et l'utilisation des services hospitaliers et des services ambulatoires pour l'ensemble du Québec » ont été diffusés à l'intérieur du réseau.

Trois autres projets sont sur le point d'être finalisés : une analyse régionale de la prestation et de l'utilisation des services hospitaliers et ambulatoires depuis 1990-1991; une analyse de l'évolution de la prestation et de l'utilisation de ces services chez des groupes plus vulnérables de la population; et enfin, une analyse de la réadmission hospitalière de personnes souffrant de problèmes respiratoires et cardiaques. Le Ministère entreprend également une étude visant l'évaluation des effets potentiellement négatifs (réadmission non planifiée, consultations à l'urgence, mortalité) résultant de la transformation du système de santé chez des personnes hospitalisées pour différents problèmes médicaux et interventions chirurgicales, ou chez des personnes traitées en chirurgie d'un jour.

Recherche

Au cours de l'exercice financier 1998-1999, des études et des analyses portant sur la connaissance des besoins actuels de la population québécoise, et sur la prévision de ses besoins futurs, se sont poursuivies. À cette fin, des recherches ont été effectuées sur certaines problématiques sociales et de santé tels les facteurs protecteurs de la petite enfance, les familles et les dynamiques intergénérationnelles, le vieillissement de la population et ses conséquences sur l'état de santé, le financement des dépenses publiques de santé et de services sociaux.

Des indicateurs sociosanitaires ont également été conçus, mis en place et analysés à l'intérieur de multiples dossiers : le suivi des objectifs de la Politique de la santé et du bien-être, les grossesses à l'adolescence et les avortements, les données du recensement de 1996, l'enquête Santé Québec de 1998, l'enquête Santé Québec auprès des communautés culturelles, l'enquête Santé Québec sur les limitations d'activités et les indicateurs de besoins en vue de l'allocation régionale des ressources.

Les crédits totaux alloués au programme de recherche du Ministère, en 1998-1999, ont été de 67 148 700 $. De ce montant, le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) a reçu 43 230 228 $; l'Institut de recherches cliniques de Montréal (IRCM), 8 014 102 $; le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS), 8 269 000 $; le Conseil d'évaluation des technologies de la santé (CETS), 531 600 $; Santé Québec, 2 200 000 $. Les crédits pour les autres activités ont totalisé 4 903 770 $. Le FRSQ, le CQRS et le CETS sont des organismes qui ont été transférés, en décembre 1998, au nouveau ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie; Santé Québec pour sa part, a été transféré à l'Institut de la statistique du Québec en février 1999. On trouvera, dans la section du rapport relative à ces organismes, des précisions additionnelles sur leurs activités.

Comme par les années passées, les échanges avec le FRSQ et le CQRS ont été fréquents (programmes, plans stratégiques triennaux, prospectus et brochures, etc.). Le Ministère a participé aux travaux visant la transformation du CQRS en un Fonds. La participation active d'une personne le représentant aux conseils d'administration des deux organismes a facilité la concertation des efforts en matière de recherche. Cette représentation s'est poursuivie et se poursuivra même si ces organismes sont maintenant rattachés au nouveau Ministère.

Sur le plan des immobilisations, de nombreux projets de construction, d'agrandissement, de réaménagement ou de rénovation des centres et instituts de recherche se sont poursuivis en 1998-1999.

Par ailleurs, les efforts pour faciliter l'accessibilité à la banque d'information sur la recherche sociale et en santé (BRSS) ont fait en sorte de la rendre disponible pour consultation sur Internet, en janvier 1999 (http ://www.msss.qc.ca/fr/statisti/barechso). Cette banque a permis de répondre à de multiples demandes d'information. Notamment, à une demande du Bureau québécois de l'Année internationale des personnes âgées (AIPA), parrainée par l'ONU, en vue de produire un bilan de recherche sur les personnes âgées, qui conduira à une publication. Plus de 500 personnes par mois consultent cette banque sur Internet.

Au printemps 1998, le ministère de la Santé et des Services sociaux rendait public le Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique. Ce document établit un partage de responsabilités entre les divers acteurs engagés dans les activités de recherche au sein du réseau de la santé et des services sociaux, et consacre celles des conseils

d'administration des établissements en ce qui a trait aux activités se déroulant à l'intérieur de leurs murs, ou réalisées par leurs personnels. À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministre de la Justice a procédé à des modifications à l'article 21 du Code civil du Québec portant sur la protection des personnes mineures ou majeures inaptes. Ces modifications ont pour effet que l'approbation des projets de recherche nécessitant la participation de ces personnes ne relève plus de la ministre mais des comités d'éthique de la recherche qu'elle désigne et dont elle détermine les conditions de fonctionnement. Une période de transition a été définie au cours de laquelle la ministre, en conformité avec l'ancienne procédure, a approuvé quelques 130 projets de recherche. Au terme de cette période, 25 comités d'éthique ont été désignés pour l'application de l'article 21 du Code civil.

Plusieurs activités ont été réalisées pour la mise en œuvre et le suivi des objectifs et des orientations du Ministère en recherche. Les relations avec les organismes de subvention fédéraux se sont poursuivies et même accentuées avec une participation active dans l'évaluation des projets du Fonds d'adaptation des services de santé (FASS), de la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI) et de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). Le Ministère a également coordonné des travaux sur les infrastructures de recherche et le cadre de gestion de l'enveloppe nationale de recherche et d'enseignement. Dans la foulée du développement du réseau universitaire dans le secteur social, le Ministère a participé activement aux travaux du Comité Bégin, coordonné le développement du réseau universitaire dans le secteur hospitalier et assuré les modifications législatives relatives aux articles 88 à 91 de la Loi. Des travaux ont été entamés en vue d'évaluer les effets de la transformation du réseau, dont le suivi du projet sur les conséquences du régime général d'assurance médicaments (rapport Tamblyn).

Le Ministère a participé aux travaux de plusieurs comités interministériels et extra ministériels comportant une dimension de recherche, notamment le projet « Autonomie Santé Innovation » financé par le Fonds de développement technologique, la révision de la politique scientifique gouvernementale avec le ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie et, enfin, aux travaux de plusieurs autres comités axés sur la dimension de recherche de certains projets liés à l'implantation d'innovations technologiques.

Le Ministère a aussi collaboré à l'implantation de l'Institut national de santé publique, à l'intégration de Santé Québec à l'Institut de la statistique du Québec et à la mise en place du nouveau ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie, incluant le transfert du CQRS, du FRSQ et du CETS au sein de ce nouveau ministère.

2.6. La pratique des sages-femmes

Le projet de loi sur les sages-femmes a été déposé pour être adopté à la session du printemps 1999. Cette loi devrait entrer en vigueur à l'automne 1999. Essentiellement, on y prévoit la création d'un ordre professionnel à exercice exclusif pour les sages-femmes et l'intégration des ces dernières au système de Santé et de Services sociaux.

Une période de transition est prévue jusqu'au 31 mars 2000, pour permettre à l'ordre professionnel de mettre en place toutes les mesures nécessaires à l'exercice de la profession sage-femme et aux partenaires du réseau d'adapter le modèle de maison de naissance et l'offre des services sages-femmes à ce nouveau cadre légal.

La pratique des sages-femmes devra être intégrée aux services de périnatalité. Les sages-femmes sont reconnues comme des professionnelles autonomes et devront conclure des contrats de services avec les CLSC. C'est à la régie régionale que reviendra la responsabilité de désigner les CLSC pouvant offrir ces services.

Comme point de départ, la Loi sur les sages-femmes reconnaîtra les CLSC ayant offert des services à l'intérieur des projets-pilotes en tant qu'établissement désigné par la régie régionale.

Les accouchements pourront continuer en maison de naissance. Pour ce qui est du milieu hospitalier, le projet de loi prévoit que des ententes définissant les collaborations pourront être signées entre les CLSC et les centres hospitaliers. L'accouchement à domicile, quant à lui, ne sera disponible que lorsque le Règlement entourant les conditions d'exercice à domicile aura été approuvé par le gouvernement.

Le programme de formation sage-femme devrait débuté en septembre 1999, à l'université du Québec à Trois-Rivières; il sera d'une durée de 4 ans au niveau du premier cycle universitaire.

2.7. Les organismes communautaires

Le programme Soutien aux organismes communautaires (SOC) s'adresse aux organismes communautaires et bénévoles qui œuvrent dans le domaine de la santé et des services sociaux. Les objectifs du programme demeurent les mêmes depuis plusieurs années, à savoir :

— favoriser la reconnaissance et la promotion de l'action communautaire et bénévole;

— offrir le soutien et l'information nécessaires aux organismes communautaires;

— apporter une aide financière aux organismes communautaires.

Les régies régionales assument la responsabilité de l'évaluation et de l'attribution des subventions aux organismes communautaires à rayonnement local ou régional. Le Ministère assure, quant à lui, la responsabilité des organismes à rayonnement national, des organismes qui exercent des activités répondant à des besoins nouveaux et des regroupements nationaux d'organismes communautaires de la région sociosanitaire des Régions-Cries-de-la-Baie-James.

En 1998-1999, les dix-sept régies régionales ont accordé des subventions pour un montant total de 197 125 639 $ à plus de 2 500 organismes communautaires. De son côté, le Ministère a accordé des subventions totalisant 4 165 721 $, à environ une centaine d'organismes.

Par ailleurs, au cours de l'exercice 1998-1999, le Ministère a poursuivi plusieurs travaux relatifs à la promotion, à la reconnaissance et à l'harmonisation du programme de soutien aux organismes communautaires (SOC) :

— concertation avec les régies régionales pour favoriser l'équité et la cohérence dans l'application du programme (brochure, formulaire, système informatique, consultations diverses, etc.);

— concertation avec l'OPHQ dans l'attribution des subventions et dans la clarification des responsabilités respectives;

— concertation avec le ministère de la Famille et de l'Enfance pour l'attribution des subventions aux organismes communautaires;

— collaboration avec le Secrétariat à la jeunesse pour divers dossiers relatifs aux jeunes et aux organismes communautaires;

— engagement des organismes communautaires dans le suivi des mesures définies dans la *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : prévenir, dépister, contrer la violence conjugale (1995)*;

— participation à la préparation du document présentant les lignes directrices du gouvernement en matière d'agressions sexuelles, prévu pour 1999-2000;

— concertation avec le Secrétariat à l'action communautaire autonome pour l'attribution des subventions et pour la mise en place de la Politique gouvernementale de reconnaissance et de financement des organismes communautaires.

2.8. L'économie sociale

L'exercice financier 1998-1999 a constitué la seconde année d'application du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique. Ce programme vise à exempter les personnes admissibles d'une partie des frais à débourser pour obtenir des services d'aide domestique (4,00 $ de base et 6,00 $ complémentaires selon la situation financière et la taille du ménage). Cette aide financière aux ménages doit inciter des entreprises, des organismes communautaires, des entreprises privées sans but lucratif et des coopératives à offrir ce genre de services.

Le Ministère a confié aux instances régionales — comité bipartite composé de représentantes et de représentants des régies régionales et des conseils régionaux de l'économie sociale (CRES) —, la responsabilité de reconnaître les entreprises d'économie sociale. La RAMQ a reçu, pour sa part, le mandat de voir aux réclamations des entreprises quant au paiement des sommes exonérées.

En 1998-1999, le Ministère a continué d'accorder priorité aux interventions destinées à aider et à soutenir les entreprises intéressées par des budgets de démarrage, et à réviser les paramètres financiers du programme afin de susciter l'intérêt et de créer ainsi l'achalandage souhaité. Le Ministère a adressé au Conseil du Trésor une demande visant l'octroi de subventions supplémentaires en vue de faciliter le démarrage ainsi que la consolidation de 17 nouvelles entreprises d'économie sociale.

Selon les statistiques disponibles au 31 mars 1999, on dénombrait 90 entreprises d'économie sociale reconnues et accréditées, à travers la province, et 2 255 personnes salariées travaillant exclusivement en aide domestique.

Par ailleurs, à la suite du discours du budget du 9 mars 1999, le Ministère, en collaboration avec le MFQ, a amorcé des discussions visant la mise en place, pour le 1er janvier 2000, d'un crédit d'impôt remboursable pour le soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Le crédit d'impôt constitue une autre mesure financière pour les personnes âgées ayant besoin d'une aide à domicile. D'autres partenaires tels la RAMQ, le MRQ ainsi que le Service de paie Desjardins(SPD), sont également engagés dans la mise en place de cette mesure.

2.9. La gestion documentaire

Au cours de l'année 1998-1999, plus de 22 000 demandes (volumes, rapports de recherche, périodiques, dossiers documentaires, banques de données bibliographiques, etc.) ont été traitées. Le Service de la documentation a aussi complété ses travaux en vue de rendre disponible sur l'intranet ministériel la liste

de tous ses documents nouvellement acquis, la liste de tous ses abonnements ainsi qu'une liste thématique de sites WEB dans le domaine de la santé et des services sociaux. Il a maintenu sa collaboration intensive auprès du Regroupement des membres du réseau informatisé des bibliothèques gouvernementales du Québec pour la consolidation du réseau et la présence du catalogue collectif Cubiq sur l'internet. De plus, le service a maintenu sa participation aux travaux du chantier sur l'ingénierie documentaire à l'intérieur du déploiement de l'info route gouvernementale.

Conformément à la Loi sur les archives et à la Politique gouvernementale en matière de gestion des documents, le service a poursuivi la révision de ses principaux outils documentaires et leur implantation au sein des unités administratives. Il a également donné suite à plusieurs centaines de demandes liées à la gestion des documents actifs, semi-actifs et inactifs. Enfin, le service a mis en opération son système de numérisation des documents.

Accès à l'information

Au cours de l'exercice financier 1998-1999, le Ministère a traité 319 demandes en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. L'ensemble de ces demandes se répartit comme suit :

— 67 demandes de renseignements généraux et d'avis sur la loi;

— 43 demandes d'accès à des documents ou à des renseignements personnels;

— 174 demandes relatives au registre de la population (actes de naissance, de mariage et de décès);

— 35 demandes d'accès à des fichiers de renseignements personnels utilisés à des fins de recherche, d'étude ou de statistique.

De plus, le responsable ministériel de l'accès à l'information a effectué le suivi des actions en vue de se conformer aux recommandations formulées par la Commission d'accès à l'information dans ses rapports de juin et d'octobre 1998.

3. La santé publique

La Direction générale de la santé publique (DGSP) a pour mandat principal de définir et de mettre à jour les orientations sectorielles du Ministère en matière de santé publique et d'exercer sont leadership dans l'action menée sur les déterminants de la santé et du bien-être. En vertu de ce mandat, il lui revient donc :

— de stimuler la mise en œuvre d'interventions efficaces auprès de la population et des systèmes qui l'influencent dans le but de prévenir les problèmes sociaux et les problèmes de santé et d'améliorer, de protéger et de promouvoir la santé et le bien-être de la population;

— de développer et de mettre à jour les connaissances sur l'état de santé et de bien-être de la population et de ses déterminants, d'en assurer la surveillance et d'en informer la population;

— de définir, de promouvoir et de mettre à jour les orientations et les stratégies relatives à la prévention et à la promotion de la santé et du bien-être, en s'assurant de la mise en œuvre de moyens propres à créer des conditions favorables à la santé et au bien-être;

— de définir, de promouvoir et de mettre à jour les orientations et les stratégies relatives à la protection de la santé publique et au contrôle des maladies transmises sexuellement (MTS) et du sida, et de s'assurer de leur mise en œuvre;

— de concevoir, de coordonner et de mettre à jour les priorités nationales en santé publique en collaboration avec les partenaires régionaux.

Conformément à son mandat visant à promouvoir le développement des connaissances et des pratiques en santé publique, le Ministère a créé au cours de la dernière année l'Institut national de santé publique du Québec.

3.1. L'analyse et la surveillance de la santé et du bien-être de la population

L'analyse et la surveillance de la santé et du bien-être constituent pour le Ministère un outil incontournable de gestion par résultat et de reddition de comptes. Ces opérations consistent à mettre à jour, à suivre et à divulguer un ensemble d'informations sur la santé et le bien-être de la population, lesquelles informations permettent de rendre compte de l'effet des actions menées en la matière auprès des Québécoises et des Québécois. En 1997-1998, la Direction de la santé publique a mis en place, consolidé ou amélioré plusieurs systèmes de surveillance.

Suivi et évaluation des priorités nationales de santé publique

Dans la foulée de la publication des *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*, la direction a conçu un plan de suivi dont elle a mis au point les instruments et la méthodologie, cela en concertation avec les régies régionales par l'entremise des directions régionales de santé publique. Cette première opération représente un pas important pour évaluer les résultats de l'action en matière de santé publique. Un portrait de la première année d'implantation sera disponible à l'automne 1998.

Surveillance épidémiologique

La direction continue d'assumer l'orientation du Fichier des tumeurs du Québec. À cet effet, elle doit assumer les responsabilités suivantes : surveiller l'incidence et la mortalité par cancer sur une base annuelle; mettre au point un nouvel outil de gestion de la base de données sur l'incidence; consolider des échanges d'information avec les autres provinces et Statistique Canada pour s'assurer de l'exhaustivité de la déclaration des cas; contribuer au Fichier canadien sur le cancer; produire une analyse intergénérationnelle de la mortalité par cancer au Québec.

La publication récente d'un état de la situation pour ce qui est des maladies infectieuses en émergence au Québec oblige la DGSP à s'interroger sur l'ensemble de son système de surveillance pour faire face aux nouveaux défis que présentera la surveillance des maladies infectieuses dans les prochaines années. La réflexion est amorcée et se poursuivra en 1998-1999. Par ailleurs, la direction met la touche finale à la création du site Internet SURMI, accessible à partir du site du Ministère; on y trouvera notamment, présentés de façon dynamique, des données, des analyses issues des données de surveillance et un journal électronique, *Transmission*, traitant de sujets d'actualité et de méthodologies utiles et pertinentes à la surveillance des maladies infectieuses.

La DGSP a implanté les premiers jalons d'un système de surveillance du tabagisme chez les jeunes du secondaire (en collaboration avec Santé Québec). Une première opération de collecte de données, à l'automne 1998, a permis de mesurer l'ampleur de ce problème chez les jeunes Québécoises et Québécois.

Grâce au système de surveillance de la mortalité, la direction a continué de rédiger et de distribuer le *Profil de la mortalité au Québec*. Ce rapport annuel sur la surveillance de la mortalité au Québec fait état des données de mortalité de 1971 à 1996 pour

l'ensemble du Québec, et de 1981 à 1996 par région sociosanitaire. On y présente, entre autres données, des indicateurs objectifs de l'état de santé tels les taux bruts de mortalité, les taux selon l'âge et le sexe, les taux comparatifs de mortalité ainsi que les taux de mortalité fœto-infantile.

La DGSP a poursuivi la mise au point de Dièse, un module innovateur et très performant d'exploitation des données de surveillance qui vise à rendre les utilisatrices et les utilisateurs plus autonomes dans leurs traitements informatiques. Dièse est maintenant opérationnel pour plusieurs fichiers (décès, Santé Québec et tumeurs, en partie).

La direction a aussi poursuivi son engagement auprès de Santé Québec, particulièrement en ce qui a trait à la mise en marche de nouvelles enquêtes et à l'orientation de celles en cours. Parmi ces dernières, mentionnons l'enquête auprès des enfants et des adolescentes et adolescents québécois, l'enquête sur les sans-abri, l'enquête longitudinale sur le développement des enfants québécois (ELEDEQ). La direction a été particulièrement associée à la préparation de l'enquête sociale et de santé générale (débutée en janvier 1998) dont elle suit, depuis, les résultats de façon constante.

Finalement, grâce au partenariat avec le Réseau francophone international pour la promotion de la santé (REFIPS), on a assisté au démarrage d'une section internationale en connaissance et surveillance.

3.2. La promotion de la santé et du bien-être

Le mandat du Ministère en matière de promotion de la santé et du bien-être consiste à stimuler et à soutenir la mise en place de politiques publiques saines, à concevoir des mécanismes de concertation intersectorielle et à instaurer des projets dans les secteurs clés pour influencer les déterminants de la santé, notamment dans les secteurs de l'éducation, de l'emploi et de la solidarité, de la famille et de l'enfance, du développement des communautés et des milieux de vie sains et sécuritaires. Ce mandat consiste également à concevoir et à implanter des politiques, des orientations et des stratégies destinées à améliorer la santé et le bien-être de la population, ainsi qu'à accroître la promotion de la santé à l'échelle provinciale, fédérale et internationale.

En 1998-1999, la Direction de la promotion de la santé et du bien-être a principalement concentré ses efforts dans les secteurs qui suivent.

Orientation et consolidation de l'action de santé publique

Les efforts se sont poursuivis pour soutenir l'implantation des mesures définies dans le document d'orientation *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*. Un premier bilan évaluatif a permis au Ministère et au réseau de mettre en lumière les gains réalisés et la nature des interventions devant être intensifiées pour atteindre les objectifs visés.

En continuité avec la réflexion engagée, l'an passé, sur les adaptations nécessaires pour ajuster l'action de santé publique aux enjeux de l'an 2000 et dégager un agenda prioritaire de travail, un document faisant consensus dans le réseau de santé publique a été produit.

Dans le contexte de la transformation du réseau sociosanitaire, la direction contribue par divers moyens à préserver et à maintenir les acquis en promotion et en prévention. À cette fin, elle fait surtout des représentations auprès des autorités et produit des analyses, des rapports et des indicateurs clés sur l'évolution dans ce domaine. Le Ministère et les régies régionales ont reconnu l'importance d'accroître les sommes nécessaires à la promotion et à la prévention dans l'ensemble des dépenses du réseau de la santé et des services sociaux, et de soutenir les actions intersectorielles locales et régionales en faveur de la santé de la population et des groupes qui la composent. À cet effet, on prévoit implanter sous peu une mesure visant à estimer la place qu'occupe la promotion et la prévention à l'intérieur du réseau afin de suivre l'évolution des investissements qui leur sont consacrés.

Stratégies en promotion de la santé et en concertation intersectorielle

Pour ce qui est de la santé des jeunes en milieu scolaire, la direction a piloté un groupe de travail interministériel chargé de produire un document orienté sur la promotion de la santé des jeunes dans le contexte de la réforme de l'éducation. Intitulé *Les compétences essentielles liées à la santé et au bien-être devant être intégrées dans le curriculum des élèves du préscolaire, du primaire et du secondaire au Québec*, ce document a été soumis à la Commission des programmes d'études et à une révision.

Parallèlement à cette démarche, une collaboration fructueuse a été établie entre le Ministère et le ministère de l'Éducation (MEQ), ainsi qu'entre leurs réseaux, afin d'implanter et de consolider les projets Écoles en santé pour lesquels plusieurs régions ont bénéficié du soutien financier du Ministère. Au cours de la prochaine année, les deux ministères publieront conjointement un énoncé d'orientation sur cette perspective particulière.

Dans le contexte de la collaboration MEQ-MSSS, la Direction de la promotion participe à un sous-groupe de travail chargé d'étudier les problèmes liés à l'usage de stimulants du système nerveux central (SSNC) pour traiter les troubles de l'attention avec ou

sans hyperactivité (TDA/H) d'enfants d'âges scolaires. Le sous-groupe s'est adjoint un Comité conseil de spécialistes qui étudie la question et se penche sur les meilleurs moyens à instaurer pour aider le personnel des deux réseaux dans leurs interventions auprès des élèves en cause et de leurs parents. Un rapport sera produit et certaines actions seront mis en œuvre rapidement.

En ce qui a trait à la santé des familles, les engagements définis par le Ministère, à l'intérieur du troisième plan d'action en matière de politique familiale, se sont terminées en 1998. Le ministère de la Famille et de l'Enfance ayant proposé que la politique familiale fasse l'objet de travaux intersectoriels, le MSSS — par l'entremise de la Direction de la promotion de la santé et du bien-être —, s'est vu confier le rôle d'observateur au regard des travaux de la Table des partenaires externes au gouvernement; il doit également agir, en tant que principal interlocuteur, tout au long du déroulement des travaux de la Table des répondants gouvernementaux en cause. Cette année a permis, en outre, d'amorcer un mécanisme de concertation en ce qui a trait aux dossiers conjoints ayant des conséquences sur la famille et les enfants.

En matière de santé des communautés, la direction a poursuivi sa collaboration avec le Conseil de la santé et du bien-être, en continuité avec les suivis du Forum national sur le développement social. De plus, le Ministère a octroyé une subvention au Centre d'information du réseau québécois Villes et villages en santé; cette responsabilité relèvera dans le futur de l'Institut national de la santé publique du Québec.

Considérant, d'autre part, le vieillissement de la population et surtout la rapidité avec laquelle il se produit, la direction a profité de l'Année internationale des personnes âgées pour peaufiner quelques projets d'importance : mise à jour d'une revue de littérature sur la santé des personnes âgées dans une perspective de promotion et de prévention; organisation du stand du Ministère à l'occasion de la 4e Conférence internationale sur le vieillissement, participation avec personne-ressource à un atelier sur la santé des aînés; appui apporté à un projet établissant le lien entre les problèmes d'alphabétisation des aînés et leur santé; appui également aux programmes visant à développer et à maintenir les capacités d'équilibre et de mobilité chez les aînés. Ces projets et ces actions constituent le noyau d'interventions en santé publique susceptibles de prendre de l'ampleur au cours de la prochaine année.

Réduction des inégalités de santé et de bien-être et promotion de conditions de vie favorables à la santé

La Direction générale de la santé publique a été chargée de préparer un document d'orientation ministérielle ainsi qu'un plan d'action visant à réduire les inégalités en matière de santé et de bien-être liées à la pauvreté. Dans le but de mettre en place des actions en ce sens, la Direction de la promotion de la santé et du bien-être a créé, en février 1999, un comité interministériel dont les travaux permettront au Ministère de s'engager dans un processus de concertation et de mobilisation continu entourant cette problématique.

Ledit comité entend plus particulièrement se pencher sur les aspects suivants : définir les améliorations à apporter dans le réseau sociosanitaire pour prévenir et atténuer les effets de la pauvreté sur la santé et le bien-être de la population; examiner les conditions préalables aux partenariats intersectoriels et préciser les ajustements devant être effectués par le réseau pour s'engager dans des partenariats efficaces; proposer des mesures intersectorielles avec les partenaires gouvernementaux qui exercent un rôle clé sur les déterminants de la santé. Le rapport du comité sera déposé au cours de l'automne 2000.

Signalons également, en matière de périnatalité et de lutte contre la pauvreté, la mise en œuvre à la grandeur du Québec du Programme de référence des prestataires enceintes au CLSC, par l'entremise des Centres locaux d'emploi (CLE). Ce projet de concertation entre le ministère de la Solidarité sociale et le ministère de la Santé et des Services sociaux, au profit des femmes enceintes prestataires de la sécurité du revenu, vise à réduire les risques entourant la naissance du bébé par une offre de services prénatals et postnatals permettant de soutenir, notamment, l'amélioration des compétences parentales, l'acquisition de saines habitudes alimentaires et l'entraide communautaire.

Dans la foulée du Sommet sur l'économie et l'emploi, et du Chantier sur l'économie sociale, la direction a eu la responsabilité de coordonner l'implantation de quinze centres de ressources périnatales. Ces centres proposent des services en périnatalité adaptés aux caractéristiques régionales et complémentaires des services offerts par les établissements du réseau sociosanitaire et par les organismes communautaires. Un budget récurrent sur trois ans a été dégagé par le Ministère pour l'implantation, en 1998-1999, de six

centres de ressources périnatales. Quatre centres sont déjà en opération dans les régions des Laurentides, de l'Estrie, du Bas-St-Laurent et de Chaudière-Appalaches. Quelques autres devraient être en service à l'automne 1999, ailleurs au Québec. La mise en place progressive de centres additionnels est prévue pour l'année 1999-2000. Un comité partenarial de suivi d'implantation soutient cette démarche.

Réduction de la violence à l'endroit des personnes

La réduction de la violence à l'endroit des personnes constitue une des cibles d'action incluses dans les *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*. À l'occasion de l'implantation de la Politique d'intervention en matière de violence conjugale, différentes actions ont été poursuivies ou entreprises au cours de l'année 1998-1999, en collaboration avec les partenaires du Ministère : consolidation de structures de concertation régionale-provinciale pour le suivi des dossiers sur la violence; évaluation des projets-pilotes en prévention de la violence; financement d'un projet-pilote sur la création et l'expérimentation d'un système de collecte de données; coordination de la préparation d'un cadre de référence d'une ligne téléphonique 24 heures/7 jours par semaine pour les conjoints violents et les hommes en difficulté; réalisation de la phase I de la campagne de sensibilisation de la violence faite aux femmes, et planification de la phase II de la campagne.

Le Ministère est en train, également, de mettre au point des lignes directrices en matière d'agression sexuelle, lesquelles devraient être rendues publiques en décembre 1999. D'autres travaux d'importance sont menés simultanément dans ce domaine. Notons : le soutien financier pour la mise à jour de la trousse médicolégale, sans prélèvements médicolégaux, et celle du *Guide d'intervention médicosociale à l'intention des victimes de viol* (enfants, adolescentes et adolescents, hommes et femmes); la collaboration du Ministère à la révision de l'entente multisectorielle dans des situations d'enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique; le financement de recherches portant, entre autres, sur l'état des connaissances au sujet des adolescents agresseurs sexuels et sur les conséquences entourant la prise en charge par les services sociaux et judiciaires des enfants victimes d'agression sexuelle.

Santé publique et promotion de la santé sur la scène fédérale et internationale

Le Ministère a représenté le Québec à diverses tables de concertation provinciale/fédérale/territoriale dont le Comité consultatif sur la santé de la population, le Groupe de travail sur la santé publique au Canada, le Conseil des médecins hygiénistes en chef, le Groupe de travail sur le développement sain des enfants. Cette participation du Ministère lui permet de défendre les intérêts du Québec sur la scène fédérale, de partager avec les autres provinces ses politiques et ses programmes, et d'orienter les décisions sur les dossiers de santé publique qui débordent les frontières.

Sur la scène internationale, le Ministère appuie financièrement le REFIPS, un regroupement sans but lucratif de 38 pays francophones. Il agit également comme correspondant de la section Québec. Au cours de la dernière année, plusieurs projets contribuant à l'essor et au rayonnement du REFIPS ont été soutenus et mis en œuvre, soit : l'opération d'un site Internet, la diffusion régulière de la revue *Partage*, le lancement de l'ouvrage *Planifier pour mieux agir* destiné aux enseignantes et aux enseignants ainsi qu'aux personnes qui agissent sur le terrain en matière de promotion de la santé et du bien-être. Le Ministère apporte également une importante contribution à la préparation du 3e Congrès des responsables locaux de santé des Amériques qui se tiendra à Québec, en mars 2000.

3.3. La protection de la santé publique

Sur le plan de la protection de la santé publique, le Ministère a pour mandat de gérer les activités de santé publique relatives notamment aux agents infectieux, chimiques ou physiques susceptibles de constituer des risques pour la santé des travailleuses et des travailleurs ou de la population.

Santé au travail

En santé au travail, le comité permanent MSSS-CSST a mené à terme plusieurs travaux, grâce aux activités de plusieurs sous-comités. Mentionnons, entre autres, le sous-comité des approches ergonomiques qui, en plus d'harmoniser les interventions, a tenu un colloque sous le thème « Partager nos connaissances... un geste à répéter », le 11 novembre 1998; 320 personnes y ont participé. Le document *Réalisations en santé au travail* a été diffusé pour une troisième année consécutive et les informations qu'il contient seront bientôt disponibles sur le site internet de la CSST.

Le comité permanent MSSS-CSST a contribué à mettre en lumière les problèmes qui seront prioritaires en santé et sécurité du travail pour trois ans (2000-2002), tels les effets du monoxyde de carbone au moment de l'utilisation de chariots élévateurs, l'exposition à des substances sensibilisantes (asthme professionnel), la santé mentale en milieu de travail, les méthodes de cadenassage et les dangers d'explosion des dépoussiéreurs.

Au cours de l'année, plusieurs programmes d'intervention intégrés ont été soit poursuivis (prévention de la silicose dans les opérations de sablage au jet d'abrasif, prévention des LATR, prévention des lésions au moment de la fabrication d'objets en plastique renforcé et activités de soudage-coupage), soit mis en place (prévention des maladies professionnelles reliées à l'amiante); d'autres sont en voie de préparation (gestion des isocyanates, des risques biologiques, du bruit dans les scieries).

Pour le programme « Maternité sans danger », il faut souligner les travaux du groupe de référence grossesse-travail qui fournit un soutien scientifique permanent aux professionnelles et aux professionnels de la santé chargés d'étudier les situations de travail qui affectent les travailleuses enceintes, ou qui allaitent.

Amorcée en 1998, une opération de remplacement des équipements informatiques et logiciels, placée sous la responsabilité de la CSST, s'est poursuivie durant l'année afin de mieux répondre aux besoins des services de santé au travail.

En ce qui a trait aux systèmes de réfrigération à l'ammoniac, une formation spécialisée a été offerte aux équipes régionales en santé au travail, afin de satisfaire aux recommandations du coroner. De plus, chaque région doit préparer un plan d'intervention pour l'ensemble des établissements visés sur son territoire, lequel plan devant être en vigueur au cours de la prochaine année.

Dans le secteur de l'agriculture, le comité provincial de la semaine UPA-CSST a organisé la semaine de prévention sur « La sécurité des enfants à la ferme ». Les équipes de santé au travail ont participé aux ateliers qui ont rejoint plus de 600 personnes.

Le problème des flocages d'amiante dans les écoles a nécessité une concertation soutenue de plusieurs partenaires (MEQ, MSSS, CSST, IRSST, ministère des Ressources naturelles) pour effectuer l'opération dans les écoles secondaires et primaires du Québec. Cette opération, qui a eu lieu au cours de l'année, a permis de désigner 453 écoles avec amiante et 258 avec des flocages dégradés. Des suivis sont en cours pour effectuer les travaux de réparation nécessaires.

Santé environnementale

En santé environnementale, le Ministère assume la responsabilité de l'analyse de risques, c'est-à-dire qu'il doit gérer et évaluer les risques toxicologiques pour la santé humaine liés aux conséquences environnementales de projets industriels importants. À cet effet, le Ministère a formé une équipe de spécialistes chargée, d'une part, de définir les principes directeurs de gestion des risques et, d'autre part, de proposer au Ministère des lignes directrices pour l'évaluation des risques toxicologiques, tout en fournissant aux promoteurs, ainsi qu'aux directions de santé publique, le soutien technique et scientifique permettant la réalisation des évaluations de risques.

Tout au long de l'année, le Ministère a veillé à l'information et à l'éducation de la population à l'égard de plusieurs types de problèmes de santé liés à l'environnement. Pour ce faire, il a mené des campagnes de prévention en collaboration avec son réseau et d'autres pouvoirs publics. Ainsi, le dépliant intitulé *Le monoxyde de carbone tue. Y en a-t-il chez vous ?* informe les gens sur les effets du monoxyde de carbone, sur ses sources potentielles et sur les moyens de prévenir les intoxications causées par ce gaz. La brochure *Herbe à poux, agissons sur-le-champ* présente, quant à elle, des solutions simples pour le contrôle de cette plante responsable d'allergies affectant plus de 10 % de personnes au Québec.

En ce qui a trait aux risques pour la santé associés à la pollution d'origine agricole, le Ministère a soutenu une étude réalisée par la Direction de la santé publique de la Montérégie sur les risques entraînés par l'utilisation de pesticides en pomoculture. Cette étude a été suivie de la mise en œuvre d'un plan d'action visant à réduire l'exposition de la population aux pesticides en question, auquel s'est ajoutée la publication d'un dépliant d'information et d'éducation intitulé *Vivre près des pommiers – Prudence !* Pour ce qui est de la pollution agricole d'origine animale, particulièrement celle qui est reliée à l'industrie porcine, le Ministère a créé un comité scientifique afin de préparer un avis de santé publique sur cet important problème.

Sur le chapitre des risques pour la santé inhérents à la consommation de poisson pouvant être affecté par la pollution des eaux, le Ministère a publié, en collaboration avec le ministère de l'Environnement et le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, le dépliant *Connaissez-vous les OMÉGA-3 ? Moi, oui... et je suis bon pour la santé !* Ce document fait la promotion de la consommation du poisson comme aliment sain, notamment au regard de la prévention des maladies cardiovasculaires, tout en donnant l'heure juste sur la contamination de certaines espèces de poisson, surtout par le mercure, qui a du reste considérablement diminué grâce aux efforts de dépollution du milieu aquatique, particulièrement du fleuve Saint-Laurent. Dans cet ordre d'idées, le Ministère entend poursuivre sa participation au volet santé du programme Saint-Laurent Vision 2000, qui entre dans sa phase III, visant à réduire les risques pour la santé de nature microbiologique ou chimique liés aux usages du Saint-Laurent, incluant l'eau potable

et les produits de consommation tirés du fleuve. Enfin, le Ministère participe activement, sous l'angle de la protection de la santé humaine, aux audiences publiques sur la gestion de l'eau au Québec, menées par le Bureau d'audiences publiques sur l'environnement.

Compte tenu de l'augmentation inquiétante des cancers de la peau au Québec observée durant les dernières décennies, le Ministère a publié le rapport intitulé *Le bronzage artificiel au Québec, bilan des connaissances et recommandations*. Produit par un comité scientifique conjointement avec l'Association des dermatologistes du Québec, ce rapport met la population en garde contre l'exposition prolongée aux rayons ultraviolets émis par le soleil ou les appareils de bronzage. À cet égard, le Ministère entend veiller à ce que la population québécoise soit davantage sensibilisée à ce danger et se protège contre la menace des rayons ultraviolets aggravée incidemment par l'amincissement de la couche d'ozone. De plus, pour mieux contrôler les risques liés à l'utilisation des lampes de bronzage, le Ministère a entrepris des démarches auprès de Santé Canada en vue d'augmenter la sévérité de la réglementation fédérale sur ces appareils.

En ce qui a trait à la prévention des effets potentiels des changements climatiques sur la santé, notamment les effets sur le système cardiorespiratoire, le Ministère a offert sa collaboration au Comité interministériel sur les changements climatiques ainsi qu'aux responsables du programme Écogeste du gouvernement du Québec visant la réduction des gaz à effet de serre. Plus particulièrement, le Ministère soutient le projet « Un Air d'Avenir » pour la réduction de la pollution de l'air dans la région métropolitaine, et ce, afin de protéger la santé publique contre les gaz toxiques émis par les véhicules et de contribuer à prévenir les conséquences sanitaires des changements atmosphériques globaux.

Maladies infectieuses

Dans le domaine des maladies infectieuses, l'année 1998-1999 a été marquée par la publication d'une nouvelle édition du *Protocole d'immunisation du Québec* qui constitue, non seulement un document de base auquel doit référer le personnel infirmier chargé d'administrer les vaccins, mais également un recueil de renseignements précieux pour toutes les personnes appelées à poser le même geste.

Au printemps 1998, un guide d'intervention intitulé *Prévention et contrôle des infections dans les centres de la petite enfance* a été diffusé dans le réseau de la santé publique où on lui a réservé un accueil très favorable. Rédigé en collaboration avec le ministère de la Famille et de l'Enfance, cet ouvrage s'adresse à l'ensemble des professionnelles et des professionnels de la santé qui s'intéressent à la prévention et au contrôle des maladies infectieuses auprès de la petite enfance.

Le Comité sur l'immunisation du Québec a remis au directeur de la protection de la santé publique ses recommandations relatives à la prévention de l'hépatite A et aux infections à pneumocoque par la vaccination. La préparation de nouveaux programmes de vaccination donnant suite à ces recommandations a fait l'objet de travaux intensifs tout au long de l'année : obtention des crédits, achat des vaccins, information du réseau des personnes qui administrent des vaccins, réalisation de matériel de support informationnel. Ces programmes seront implantés dès l'automne 1999.

Dans la foulée des travaux entrepris l'an dernier pour améliorer la gestion des produits immunisants au Québec, le MSSS a démarré un projet triennal afin d'implanter les normes et les procédures de gestion des produits immunisants édictées en février 1998. Ces normes visent à assurer le maintien de la qualité des vaccins tout au long du processus de distribution, en particulier par la conservation à des températures optimales (chaîne de froid) et le respect de dates de péremption. En collaboration avec des spécialistes et un comité regroupant les répondantes et les répondants de chaque région, le MSSS a sélectionné des outils de surveillance de la température en cours d'entreposage et de transport des vaccins; il a également mis au point un guide pratique sur l'application des normes et des procédures, à l'intention des personnes qui administrent les vaccins. L'implantation des normes aux niveau régional et local sera assurée par les directions de santé publique des régies régionales, en 1999-2000. Notons également que des améliorations importantes ont été apportées au suivi de la température des envois entre le distributeur provincial mandaté par le MSSS et les dépositaires régionaux.

Des améliorations ont aussi été apportées relativement aux aspects administratifs de la gestion des vaccins. Pour la première fois, le MSSS a produit un bilan annuel des pertes de produits immunisants à l'aide des données fournies par chacune des directions de la santé publique. Les résultats démontrent que la proportion des vaccins non utilisés, en raison du dépassement des dates de péremption et de bris de chaîne de froid, se situe en deçà des proportions maximales inscrites dans les objectifs des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*.

En vertu du programme d'indemnisation des victimes d'immunisation, deux demandes ont fait l'objet d'indemnisations à la suite des recommandations d'un comité d'évaluation médicale.

Enfin, le Ministère a participé activement au programme américain de lutte contre la rage du raton laveur. En septembre 1998, un épandage d'appâts a servi à dresser une barrière immunologique au Vermont, à la frontière du Québec.

3.4. La prévention et l'éducation sociosanitaire

En matière de prévention, le Ministère vise à susciter, à encourager, à soutenir et à préconiser des interventions axées sur la prévention des principales causes de morbidité, d'invalidité et de mortalité ainsi que sur les principales difficultés d'adaptation et d'intégration sociales.

Lutte contre le tabagisme

En ce qui a trait à la lutte contre le tabagisme, l'engagement ministériel s'est poursuivi en 1998-1999, alimenté par un investissement financier de 3 700 000 $. Une part importante de ce budget, soit 2 400 000 $, a été transférée aux régies régionales afin d'appuyer les interventions de prévention et de soutien à l'abandon des habitudes tabagiques menées par les directions régionales de la santé publique.

En janvier 1999, la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac s'est déroulée sous le thème de l'arrêt tabagique; on y encourageait la personne qui fume à poser des gestes favorisant l'abandon de l'usage du tabac. Le dépliant *J'arrête ? J'y pense...* a été diffusé dans le réseau de la santé, en rapport avec la stratégie de promotion des aires sans fumée amorcée au cours des trois années précédentes.

Sur le plan législatif, tout en continuant de soutenir l'application de la Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics, le Ministère a appuyé le processus d'adoption d'un projet de loi visant à favoriser la prévention du tabagisme et à protéger les personnes non-fumeuses des effets nocifs de la fumée du tabac dans l'environnement. Adoptée le 17 juin 1998, la Loi sur le tabac édicte les règles applicables à l'usage du tabac dans certains lieux, à la vente ainsi qu'à la publicité et à la promotion des produits du tabac; elle constitue un élément charnière du plan d'action de santé publique pour la lutte contre le tabagisme. À l'automne 1998, une équipe a été particulièrement mandatée pour réaliser sa mise en œuvre. Un plan a été préparé à cet effet et, dans le but de faciliter l'application, on a prévu également un plan destiné à informer les organisations visées par la loi. Les chapitres IV et V de la loi portant sur la promotion et la publicité sont entrés en vigueur le 10 octobre 1998, tandis que l'ensemble de la loi le sera effective à compter du 17 décembre 1999.

Dépistage du cancer du sein

En 1998-1999, la Direction de la prévention et de l'éducation sociosanitaire a poursuivi ses travaux connexes à l'implantation du programme de dépistage systématique du cancer du sein par mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans. Un budget de 1 750 000 $ a été alloué pour diverses activités liées à cette implantation, particulièrement pour instaurer le programme en région. L'annonce de la création du Programme québécois de dépistage du cancer du sein a eu lieu le 30 octobre 1997. Toutefois, le programme a été mis en marche progressivement dans la majorité des régions du Québec au cours de l'année 1998-1999. Les activités nécessaires à sa mise en place tels les outils de communication, de formation, et de contrôle de la qualité sont continuellement adaptées pour répondre aux besoins tant des intervenantes et des intervenants que des femmes. De plus, le système de gestion de l'information respectant la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels a été déployé dans les régions qui ont mis en place le programme.

Suicide

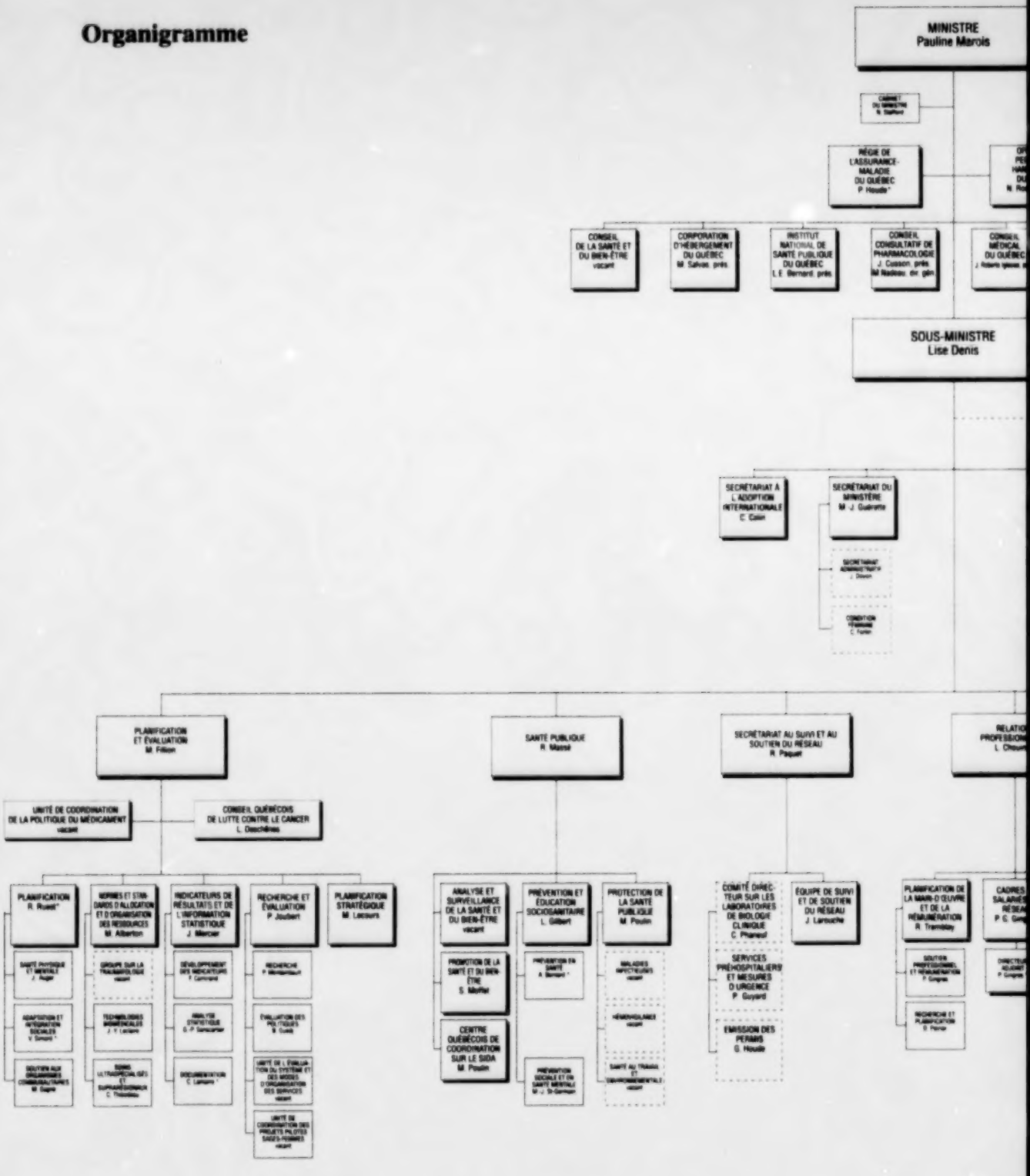
En matière de prévention du suicide, le Ministère a adopté les mesures préconisées dans le document *Stratégie québécoise d'action face au suicide*. Plus de 800 000 $ est alloué pour soutenir 17 projets d'intervention et d'évaluation auprès des personnes les plus à risque de suicide et de tentative de suicide. Le Ministère investira également, de façon récurrente, 3,5 M $ pour assurer la généralisation des services d'intervention téléphonique 24/7 à la grandeur du Québec et favoriser le développement de la gamme essentielle de services. Un dépliant a également été produit sur le suicide pour être encarté dans le document sur les *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*.

Alcoolisme et toxicomanies

Le Ministère a collaboré, à l'automne 1998, à la tenue de la Semaine de prévention de la toxicomanie visant plus particulièrement les jeunes de 10 à 14 ans et leurs parents, ainsi que les adultes en milieu de travail.

Grâce à son programme de subvention, le Ministère maintient sa contribution à la création et à l'expérimentation de projets, de programmes et d'outils de prévention à portée nationale et régionale. De plus, afin de mieux cibler ses interventions et la population plus vulnérable, et dans le but également d'améliorer l'efficacité de ses actions et de ses stratégies en matière de prévention des toxicomanies, le Ministère a

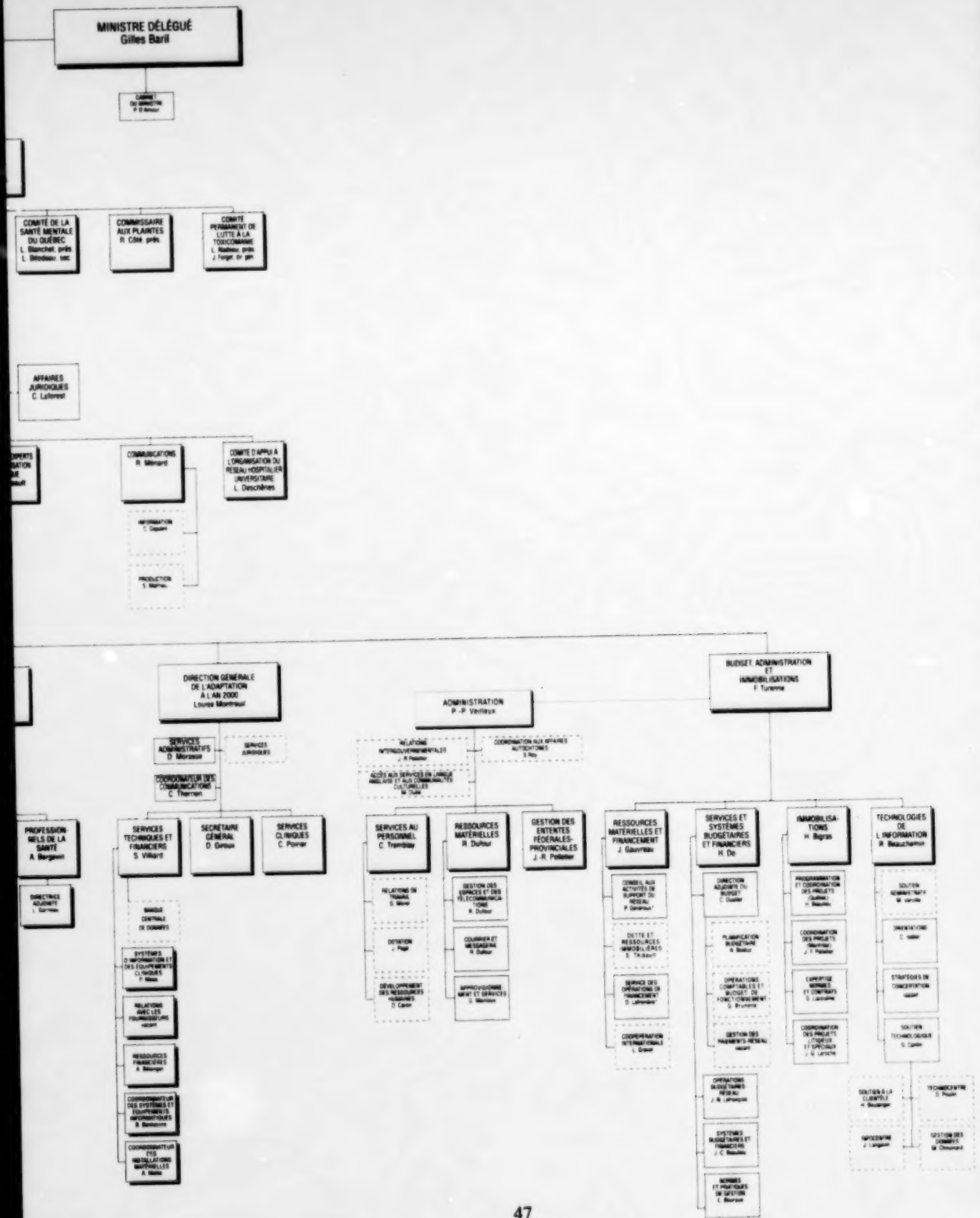
Organigramme



* INTÉRIM

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Service des communications

Mars 1990


MINISTRE DÉLÉGUÉ
Gilles Baril
CABINET
COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC
L. Blanchet, prés.
L. Bilodeau, sec.
COMMISSAIRE AUX PLAINTES
R. Côté, prés.
COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE
L. Rodrigue, prés.
J. Forget, cr. pr.
AFFAIRES JURIDIQUES
C. Laforest
COMMUNICATIONS
R. Ménard
INFORMATION
C. Caouette
PRODUCTION
S. Martel
COMITÉ D'APPUI À L'ORGANISATION DU RÉSEAU HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
L. Deschênes
DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ADAPTATION À L'AN 2000
Louise Montreuil
SERVICES ADMINISTRATIFS
D. Morasse
SERVICES JURIDIQUES
COORDONNATEUR DES COMMUNICATIONS
C. Therrien
ADMINISTRATION
P.-P. Veilleux
RELATIONS INTERGOUVERNEMENTALES
J. A. Pelletier
COORDINATION AUX AFFAIRES AUTOCHTONES
S. Roy
ACCÈS AUX SERVICES EN LANGUE ANGLAISE ET AUX COMMUNAUTÉS CULTURELLES
M. Dubé
BUDGET, ADMINISTRATION ET IMMOBILISATIONS
F. Turenne
PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ
A. Bergeron
DIRECTRICE ADJOINTE
I. Germain
SERVICES TECHNIQUES ET FINANCIERS
S. Villard
BANQUE CENTRALE DE DONNÉES
SYSTÈMES D'INFORMATION ET DES ÉQUIPEMENTS CLINIQUES
F. Nadeau
RELATIONS AVEC LES FOURNISSEURS
vacant
RESSOURCES FINANCIÈRES
A. Beaupré
COORDONNATEUR DES SYSTÈMES ET ÉQUIPEMENTS INFORMATIQUES
B. Bertrand
COORDONNATEUR DES INSTALLATIONS MATÉRIELLES
A. Mallo
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
D. Giroux
SERVICES CLINIQUES
C. Poirier
SERVICES AU PERSONNEL
C. Tremblay
RELATIONS DE TRAVAIL
D. Morin
DOTATION
J. Page
DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES
D. Caron
RESSOURCES MATÉRIELLES
R. Dufour
GESTION DES ESPACES ET DES TÉLÉCOMMUNICATIONS
R. Dufour
COURRIER ET MESSAGERIE
R. Dufour
APPROVISIONNEMENT ET SERVICES
D. Morrison
GESTION DES ENTENTES FÉDÉRALES-PROVINCIALES
J.-R. Pelletier
RESSOURCES MATÉRIELLES ET FINANCEMENT
J. Gauvreau
CONSEIL AUX ACTIVITÉS DE SOUTIEN DU RÉSEAU
P. Gendreau
DETTE ET RESSOURCES IMMOBILIÈRES
S. Thibault
SERVICE DES OPÉRATIONS DE FINANCEMENT
D. Lafrenière
COOPÉRATION INTERNATIONALE
L. Drouin
SERVICES ET SYSTÈMES BUDGÉTAIRES ET FINANCIERS
H. De
DIRECTION ADJOINTE DU BUDGET
C. Ouellet
PLANIFICATION BUDGÉTAIRE
A. Bolduc
OPÉRATIONS COMPTABLES ET BUDGET DE FONCTIONNEMENT
G. Brunette
GESTION DES PAIEMENTS-RÉSEAU
vacant
OPÉRATIONS BUDGÉTAIRES RÉSEAU
J.-M. Lafrenière
SYSTÈMES BUDGÉTAIRES ET FINANCIERS
J.-C. Beaulieu
NORMES ET PROCÉDURES DE GESTION
L. Bourque
IMMOBILISATIONS
H. Bigras
PROGRAMMATION ET COORDINATION DES PROJETS (Québec)
H. Beaulieu
COORDINATION DES PROJETS (Montréal)
J.-T. Pelletier
EXPERTISE NORMES ET CONTRATS
S. Lapointe
COORDINATION DES PROJETS (régions) ET SPÉCIAUX
J.-G. Lacoste
TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION
R. Beauchemin
SOUTIEN ADMINISTRATIF
M. Lavoie
ORIENTATIONS
C. Vallée
STRATÉGIES DE CONCERTATION
vacant
SOUTIEN TECHNOLOGIQUE
G. Cyrille
SOUTIEN À LA CLIENTÈLE
A. Boulanger
TECHNOLOGIE(S)
D. Roux
GESTION DES DONNÉES
M. Chouinard

dressé un bilan évaluatif des résultats engendrés par ses interventions de promotion et de prévention depuis 1990.

Compte tenu de la masse d'informations disponible dans ses différents rapports de recherche et d'évaluation, le Ministère a entrepris des travaux visant à mettre à jour ses lignes directrices en ce qui a trait à l'action préventive en toxicomanie. Le Groupe de travail sur la prévention de la toxicomanie a terminé ses travaux destinés à renforcer la prévention en toxicomanie, à la suite de quoi le Ministère a consulté des personnes du réseau et divers partenaires gouvernementaux quant aux décisions à prendre pour intervenir avant que les problèmes de consommation surviennent dans la population et pour diminuer les effets négatifs de ceux qui consomment.

Par ailleurs, le MSSS a diffusé son « Plan d'action en toxicomanie 1999-2001 », préparé en concertation avec de nombreux intervenantes et intervenants du réseau. Le plan fournit aux régies régionales des balises pour l'organisation des services, et il identifie certains groupes de personnes particulièrement visés par la consolidation des services. Le plan définit aussi quatre objectifs d'organisation de services :

— consolider le virage préventif, en agissant en amont des problèmes d'adaptation sociale et en diminuant les risques associés à la toxicomanie;

— consolider les services et favoriser leur intégration en assurant toute la gamme de services;

— augmenter l'accessibilité aux services en favorisant leur complémentarité;

— assurer la qualité des services par la reconnaissance des services offerts par le réseau privé ou communautaire en encourageant l'utilisation d'outils reconnus et en favorisant l'échange d'expertise.

3.5. Le Centre québécois de coordination sur le sida

Le Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS) a pour mission de proposer des orientations et de coordonner au niveau national des actions pour lutter contre le sida et les autres MTS. Il fait également la promotion des orientations de la Politique de la santé et du bien-être et des recommandations contenues dans les *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*, et il collabore avec le réseau à leur mise en œuvre et à leur suivi. Enfin, il veille à l'atteinte des résultats définis dans ces documents.

Les actions du CQCS sont guidées par quatre grands objectifs : réduire l'incidence de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des MTS ainsi que les coûts sociosanitaires qui y sont liés; accroître, auprès des personnes vulnérables, les actions de promotion, de prévention et de protection visant à diminuer la transmission du VIH et des MTS par une approche orientée sur les déterminants de la santé et du bien-être; améliorer l'accès et la qualité des soins et des services en répondant davantage aux besoins des personnes aux prises avec le VIH et le sida, en les maintenant le plus possible dans leur milieu tout en ayant le souci de conserver leur qualité de vie; créer un environnement social propice à la prévention, aux soins et aux services ainsi qu'à la prise en charge par les individus de leur santé, dans le respect des droits de la personne.

Au cours de l'année 1998-1999, le CQCS a poursuivi l'implantation de la phase IV de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, et ce, en collaboration avec l'ensemble des régies régionales, les regroupements provinciaux d'organismes communautaires de lutte contre le sida et les associations à caractère provincial touchées par la problématique. Il a rendu public son plan d'action 1998-2000 centré sur les personnes vivant avec le VIH et le sida, sur les groupes vulnérables et sur la population en général.

Prévention

Le CQCS a poursuivi l'implantation du Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse avec succès : étude à l'appui, un plus grand nombre de médecins, qu'avant la mise en œuvre du programme, prescrivent le test anti-VIH à toutes les femmes enceintes. D'autre part, un comité ad hoc a entrepris de revoir la mission des services de dépistage anonymes à la suite de quoi il a déposé un rapport préliminaire proposant de nouvelles lignes directrices. Quant au programme Sida en milieu de travail, le CQCS a collaboré à la révision et à la parution de la brochure *Sida et milieu de travail - Investir dans l'action – Et comment !* Il a également favorisé sa distribution à l'ensemble des entreprises publiques et privées comptant plus de 50 employées et employés. En outre, à la demande des organismes communautaires, le CQCS a coopéré à la préparation d'un guide amélioré à l'intention des personnes chargées de former des collègues de travail en vue de répondre aux atteintes et aux besoins de leurs pairs atteint par le VIH.

En ce qui a trait aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), un *Cadre de référence pour la prévention de l'infection par le VIH* a été publié réaffirmant la volonté ministérielle de poursuivre les actions de prévention et de promotion de la santé auprès de cette population. Le CQCS a soutenu également, au profit des groupes communautaires, la rédaction et la diffusion d'un guide d'intervention destiné à ces hommes qui fréquentent les parcs.

Pour ce qui est des actions de prévention auprès des personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI), le CQCS a continué de favoriser l'implantation de sites d'accès aux seringues : 646 sites sont accessibles actuellement dans 16 régions du Québec. Une rencontre provinciale des responsables régionaux des programmes d'échanges de seringues a été organisée. De plus, un comité — composé de personnes représentant la RAMQ, le Collège des médecins, l'Ordre des pharmaciens et le MSSS —, a examiné les différents aspects liés à l'accessibilité du traitement à la méthadone pour les héroïnomanes et aux services qui s'y rapportent; à l'issue des travaux, le CQCS a rédigé et diffusé le Rapport du Comité sur les traitements et les services cliniques associés à la méthadone. Soutenu par le CQCS, un projet-pilote d'accès à la méthadone à bas seuil d'exigences a été mis en place, et il est présentement en cours. Enfin, le CQCS a accordé son soutien et sa participation à un colloque national placé sous le thème de *Drogues par injection – Enjeux pour la société;* organisé par l'Université de Montréal, l'événement a eu lieu en mars 1999.

Un projet conjoint du ministère de la Sécurité publique et du CQCS a permis de mettre au point, à l'intention de la population carcérale, un jeu de cartes ayant pour thème la prévention du VIH, ainsi qu'un vidéo sur le tatouage et le perçage.

En ce qui a trait à la prévention auprès des jeunes en milieu scolaire, le CQCS a créé et diffusé un *Répertoire d'activités d'enseignement en prévention des MTS et* sida destiné au personnel enseignant auprès des élèves présentant une déficience intellectuelle; il a également poursuivi la production de quatre numéros du *Petit magazine de la formation personnelle et sociale,* en collaboration avec le MEQ et l'UQAM. Du côté des jeunes en difficulté, une rencontre provinciale des directions de la santé publique et des centres jeunesse s'est tenue cette année; de plus, une enquête provinciale sur les acquis des centres de réadaptation en matière d'éducation sexuelle et de prévention des MTS/sida a été publiée et diffusée.

D'autre part, un premier appel d'offre de projets dans le domaine des MTS a été adressé aux directions de la santé publique des régies régionales. Parmi les treize projets soumis pour fins d'évaluation, onze ont été retenus touchant notamment la notification aux partenaires MTS, l'accessibilité aux services et la surveillance des MTS.

Enfin, lancée l'année dernière, — à l'intérieur du volet sur la tolérance et la compréhension envers les personnes les plus vulnérables au VIH —, la campagne triennale de communication s'est traduite au cours de l'année par la diffusion de messages dans les médias électroniques, lesquels messages se sont mérités un prix d'excellence (Coq d'or) du milieu publicitaire. Associée au volet de promotion des comportements sécuritaires auprès des jeunes de 14 à 18 ans, une tournée des régions a été effectuée par un groupe de musique populaire qui s'est faite le porte-parole du message de prévention VIH et MTS.

Soins

Présidé par le CQCS, — qui a pour mandat de proposer des orientations claires en matière d'intervention thérapeutique et d'organisation des soins à l'échelle provinciale —, les travaux du comité consultatif sur la prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH ont donné lieu à deux publications cette année, soit le *Guide d'utilisation du test de la charge virale chez les adultes infectés par le VIH,* et le *Guide de la thérapie antirétrovirale chez les adultes infectés par le VIH.* On est également à préparer deux autres documents : l'un sur la prise en charge des personnes exposées au VIH à la suite de pratiques sexuelles à risque et du partage de matériel d'injection, l'autre sur la prise en charge des travailleuses et des travailleurs exposés au sang et aux autres liquides biologiques.

Par ailleurs, soucieux de recueillir de l'information détaillée, en particulier en ce qui a trait aux caractéristiques de l'exposition, aux facteurs de risque et au risque de transmission professionnelle, le CQCS a favorisé la mise sur pied d'un réseau de surveillance des expositions aux liquides biologiques et des séroconversions aux VIH, VHB et VHC en milieu de soins. De même, un réseau de surveillance des expositions au VIH, à la suite de pratiques sexuelles à risque et du partage de matériel d'injection, est en préparation afin d'enrichir les données sur le type de personnes qui se présente en consultation, le type d'exposition, les soins prodigués et la fidélité des patientes et des patients au traitement prescrit.

À l'occasion de la réorganisation et de la consolidation du Réseau des unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), un statut de centre hospitalier (CH) satellite a été conféré à l'Hôpital régional de Rouyn afin d'assurer dans cette région l'expertise nécessaire, tandis que le CH satellite de Sherbrooke a été consolidé dans sa vocation.

Pour ce qui est des MTS, les travaux du comité consultatif ont mené à la publication du document intitulé *Recommandations du comité consultatif quant aux directives de dépistage des MTS des Lignes directrices canadiennes pour les MTS,* édition 1998. De plus, outre d'avoir rédigé des questionnaires d'enquêtes épidémiologiques pour les MTS MADO, le Comité a émis des recommandations au sujet de la notification aux partenaires MTS, et il s'est engagé dans une étude de faisabilité pour l'implantation d'un

réseau de laboratoires sentinelles sur l'utilisation des tests de laboratoire. Enfin, il faut souligner la mise en œuvre d'une stratégie québécoise de lutte contre les MTS.

Activités de soutien

À la suite des travaux effectué par un comité ad hoc quant aux moyens d'améliorer la surveillance épidémiologique de l'infection par le VIH, le CQCS a produit un rapport préconisant la déclaration obligatoire du VIH en vue de la mise sur pied d'un système de surveillance du VIH.

Sur le plan de la recherche, le CQCS a établi des liens plus étroits avec le Fonds de la recherche en santé du Québec et le Conseil québécois de la recherche sociale, en mettant en valeur son rôle consultatif et participatif dans la démarche de définition des axes prioritaires et des orientations de la recherche sur le VIH et le sida. Entre autres, le Ministère a préparé un programme conjoint CQRS-MSSS et il a organisé un colloque provincial intitulé *La prévention des MTS et du sida : dimensions psychosociales et socioculturelles*, auquel se sont joints Santé Canada et la COCQ sida.

Plusieurs programmes nationaux de formation ont été proposés, en 1998-1999, aux professionnelles et aux professionnels de la santé ainsi qu'aux personnes qui interviennent en matière de prévention des MTS et du sida; ils ont suscité une large participation. Certains programmes déjà éprouvés ont été de nouveau offerts, tels les programmes Jeunes en difficulté et prévention du sida, « Sortir des sentiers battus », L'intervenant en toxicomanie à l'heure du sida, Toxicomanie et sida, « Aiguillons nos interventions ! »; d'autres programmes se sont ajoutés comme les programmes Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles et L'approche de réduction des méfaits liés à l'usage des drogues. De plus, des séances ponctuelles d'information ont été tenues quant à l'obligation pour une personne atteinte par le VIH ou par une MTS de notifier son état à ses partenaires sexuels. En collaboration avec Santé Canada et les ordres professionnels visés, le CQCS a travaillé à la préparation de journées de formation sur le VIH/sida destinées aux psychologues ainsi qu'aux travailleuses et aux travailleurs sociaux des secteurs privé et public.

Sur le chapitre des soins, le CQCS a contribué, avec le Collège des médecins de famille, à mettre sur pied une nouvelle formation à l'intention des médecins, « Sida – Aujourd'hui l'espoir…Guérir demain »; un projet-pilote de formation sur l'utilisation de la méthadone en médecine de première ligne pour les héroïnomanes a été aussi conçu conjointement avec le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des pharmaciens, le CHUM et le MSSS. En outre, des travaux ont été amorcés en vue de fusionner le programme de tutorat sur le VIH/sida pour les médecins avec celui conçu à l'intention des infirmières et des infirmiers.

Enfin, le CQCS a pris charge cette année d'un nouveau dossier, l'hépatite C : un mémoire sur le Programme d'intervention auprès des personnes infectées par l'hépatite C a été préparé.

3.6. Le système de gestion du sang au Québec

Depuis janvier 1997, et de façon plus intensive en 1998-1999, des actions concertées et soutenues ont été entreprises pour la mise en oeuvre du nouveau système de gestion du sang au Québec, afin de donner suite aux propositions du Comité québécois sur l'approvisionnement, la gestion et la distribution du sang, ainsi qu'aux recommandations du rapport Krever; cela, afin d'harmoniser le système du sang avec les services de santé au Québec. Ce système doit permettre de responsabiliser davantage les centres hospitaliers dans l'utilisation des produits et des dérivés du sang, de même que le fournisseur de produits sanguins, Héma-Québec. Le système vise également à instaurer un système de surveillance des risques liés à la transfusion sanguine et aux maladies transmissibles par le sang.

En 1998-1999, des crédits de base de 97 M ont été alloués au système du sang. Des crédits additionnels de 20 M ont également été accordés pour assumer les coûts relatifs au transfert du personnel et des actifs de la Société canadienne de la Croix-Rouge ainsi qu'à l'ensemble des dépenses du système, notamment les coûts associés à la structure administrative ministérielle, aux 48.5 postes additionnels dans les centres hospitaliers désignés, au système d'information et aux frais reliés aux services médicaux.

Corporation autonome créée en mars 1998, Héma-Québec a pour mission d'assurer aux établissements de santé et de services sociaux du Québec, ainsi qu'à la population, un approvisionnement sécuritaire et suffisant en sang, en produits et en constituants sanguins. La loi constituant cet organisme a été sanctionnée le 20 juin 1998. Les négociations avec la Société canadienne de la Croix-Rouge pour le transfert de son personnel et l'acquisition de ses actifs ayant été menées à terme, Héma-Québec a débuté ses opérations d'approvisionnement en sang le 28 septembre 1998.

À l'automne 1997, le ministre a mandaté un groupe d'experts-conseils, le groupe CROISER, pour soutenir les régies régionales et les établissements dans l'organisation des services et la mise en place du nouveau système. Huit réunions ont été tenues au cours de l'année. Les travaux, qui se sont terminés le 31 mars 1999, ont porté particulièrement sur :

— les modèles organisationnels;

— les ententes de services interétablissements (contrats-types);

— les postes additionnels de chargé de sécurité transfusionnelle et d'adjoint au chef technologiste (rôles, critères d'attribution et de répartition, programme de formation mise à niveau);

— le comité provincial de médecine transfusionnelle et de gestion de l'approvisionnement;

— le comité de médecine transfusionnelle en centre hospitalier;

— le système de gestion de l'information (objectifs, normes, exigences et les éléments de contenu du SIIATH - Système intégré d'information sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance);

— le consentement à la transfusion;

— les dons autologues et les alternatives à la transfusion;

— l'assurance qualité en transfusion et au laboratoire de banque de sang;

— la recherche et le développement en transfusion;

— l'accès à l'information et le consentement de l'usagère et de l'usager en ce qui a trait à l'échange d'information.

Le Comité d'hémovigilance a également été mis sur pied à l'automne 1997. En plus d'émettre des recommandations à la ministre sur les sujets relatifs à l'hémovigilance, ce comité a pour mandat de l'aviser quant à l'état des risques liés à la transfusion sanguine et aux infections transmissibles par voie sanguine, et de lui fournir toute autre information pertinente sur les produits sanguins. La loi instituant ledit comité a été sanctionnée le 20 juin 1998. Ses membres se sont réunis à huit reprises et il ont orienté leurs travaux sur la variante de Creutzfeldt-Jakob, particulièrement sur les donneurs de sang ayant séjourné au Royaume-Uni. Le comité a suivi de près la publication faisant état des données sur l'hépatite C et sur les mesures préventives et curatives à mettre en place au profit de la population. Des efforts de collaboration ont été entrepris avec différents organismes canadiens et étrangers. Enfin, un groupe de personnes agissant à titre d'interlocuteurs régionaux pour l'hémovigilance a été formé pour assurer un réseau de communication efficace entre le Ministère et les régions; il est composé d'un représentant ou d'une représentante de chaque direction de la santé publique.

Les travaux d'architecture du système intégré d'information sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance (SIATH) ont été réalisés par la Société de gestion informatique Sogique inc. qui a reçu du ministère un mandat à cette fin. À la suite d'un appel d'offres public et d'un processus rigoureux de sélection, le progiciel proposé par MédiSolution et son partenaire Mak System a été choisi pour une vérification complète et une évaluation plus poussée des coûts. La Sogique a été mandatée pour réaliser cette vérification et produire le rapport subséquent.

Enfin, des démarches ont été entreprises en vue de la mise en place d'un Secrétariat au système du sang à la Direction générale de la santé publique où seront coordonnées l'ensemble des activités, et ce, afin de mener à bien les travaux des comités et les dossiers sous-jacents à la mise en œuvre et au fonctionnement du système du sang.

4. Le suivi et le soutien du réseau

La Direction générale du Secrétariat au suivi et au soutien du réseau (SSSR) a pour mandat premier de favoriser et de soutenir les relations de partenariat et les liens fonctionnels entre le Ministère et les régies régionales. Ses principales responsabilités consistent à :

— soutenir les régies régionales dans l'exercice de leurs responsabilités en matière de planification et d'organisation des services;

— appuyer les autorités ministérielles dans les décisions et les opérations visant à assurer la bonne marche du réseau sociosanitaire;

— soutenir les mécanismes de concertation réunissant les autorités du Ministère et des régies régionales;

— collaborer à la mise en œuvre d'orientations et de plans d'action et en assurer le suivi, en concertation avec les régies régionales et les autres directions générales;

— procéder à l'émission et au renouvellement des permis en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, en collaboration avec les régies régionales;

— participer à la réalisation de toute autre activité ministérielle ayant trait à la gestion d'ensemble du système sociosanitaire.

Pour remplir ses fonctions, le SSSR s'appuie sur des équipes au fonctionnement souple lui permettant de favoriser l'établissement et le maintien de rapports soutenus et adaptés à la réalité et à la spécificité de chacune des régions.

4.1. Le suivi et le soutien des activités du réseau

L'équipe de suivi et de soutien du réseau assure les liens fonctionnels et opérationnels entre le Ministère et les régies régionales. À ce titre, elle coordonne et appuie un ensemble d'activités ayant trait à la gestion et à l'organisation des services dans chacune des régions, et participe étroitement à la réalisation des travaux que requièrent le suivi des activités du réseau et la contribution du Ministère à divers forums.

Outre ses activités régulières visant à soutenir les régies régionales dans l'exercice de leur mandat, et à appuyer les autorités ministérielles dans l'exercice de leurs responsabilités quant à la gestion d'ensemble du système sociosanitaire, l'équipe de suivi et de soutien du réseau a été tout particulièrement mobilisée, au cours de la dernière année, par :

— la coordination, au sein du Ministère, de l'analyse des plans régionaux de consolidation des services présentés par les régies régionales et préparés à partir des orientations ministérielles;

— la rédaction, en collaboration avec les autres directions du Ministère et les régies régionales, du contenu des ententes de gestion MSSS–Régies régionales déterminant, pour chacune des régions, les résultats devant être atteints en matière d'organisation et d'accès aux services, ainsi que les objectifs visés sur le plan budgétaire;

— le soutien et le suivi des dossiers prioritaires dans chacune des régions reliés aux orientations ministérielles en matière d'organisation et d'accès aux services.

L'équipe de suivi et de soutien du réseau a également assuré l'organisation et le suivi d'une tournée ministérielle, à l'automne 1998, et contribué aux travaux commandés par la tenue des sessions et des commissions parlementaires tout au long de l'année.

Au cours de la prochaine année, elle sera étroitement associée au suivi des ententes de gestion ainsi qu'au soutien et au suivi de la mise en œuvre des politiques et des programmes.

4.2. Le suivi et le soutien des activités particulières

Outre l'équipe de suivi et de soutien du réseau, le SSSR compte trois équipes sectorielles dont le mandat est de soutenir les régies régionales dans l'exercice de leurs responsabilités touchant les services de laboratoires, les services préhospitaliers d'urgence et les mesures d'urgence.

Services de laboratoires

En juin 1995, le Ministère lançait son *Plan d'action sur l'accessibilité et l'efficience des services de laboratoires*. Un Comité directeur - formé de personnes représentant le Ministère, les régies régionales, les CLSC, la RAMQ, ainsi que les ordres professionnels en cause – a été mis sur pied pour en assurer la mise en œuvre.

Les principaux objectifs de ce plan visent l'amélioration de l'accessibilité aux services de prélèvement pour les patientes et les patients ambulants de même que l'amélioration de l'efficience et de l'efficacité des services de laboratoires.

Les données colligées par l'équipe de soutien à cette opération, en collaboration avec les équipes régionales, démontrent une nette amélioration de l'accessibilité aux services de prélèvement à l'intérieur du délai fixé, soit deux semaines. Alors que seulement 47,2 % des sites publics répertoriés en novembre 1995 rencontraient cette norme, 98 % d'entre eux s'y conforment aujourd'hui.

La réalisation du deuxième objectif était lié au remplacement du système désuet de mesure de la production des laboratoires (les unités techniques fédérales). Déployé dans le réseau depuis mars 1996, le *Système québécois de mesure de la production des laboratoires* permet aujourd'hui de suivre de près la performance de chacun des laboratoires. Les informations colligées jusqu'à maintenant indiquent que des gains importants de productivité ont été obtenus dans ce secteur, et ce, malgré une augmentation de 8 % du volume d'activités attribuable à l'accessibilité accrue aux services ainsi qu'au vieillissement de la population.

Au cours de la prochaine année, le Comité directeur, l'équipe de soutien ministériel et les équipes régionales poursuivront leurs efforts en vue :

— d'assurer l'atteinte des objectifs de productivité fixés pour chacun des laboratoires;

— de favoriser l'utilisation appropriée des services;

— de soutenir l'informatisation des communications dans ce secteur;

— de concevoir un programme d'agrément des laboratoires.

Services préhospitaliers d'urgence

Les services préhospitaliers d'urgence s'appuient sur plus de 550 ambulances qui effectuent annuellement quelque 440 000 transferts ambulanciers nécessités par l'état de santé des Québécoises et des Québécois. L'organisation de ces services requiert un budget annuel de près de 195 000 000 $ répartis dans chacune des régions.

Au cours des deux dernières années, les services préhospitaliers d'urgence ont fait l'objet de nombreuses consultations visant à cerner les problèmes et à préciser les solutions devant être privilégiés en vue d'en améliorer l'organisation et le fonctionnement dans l'ensemble des régions du Québec.

À la suite de ces consultations, un mandat de révision de ces services a été défini et confié à un comité de travail qui amorcera ses travaux dès la prochaine année. Le Ministère procédera, quant à lui, à l'examen de ses propres responsabilités dans ce secteur, soit les questions législatives et réglementaires, la tarification et les orientations en matière de transport aérien.

Mesures d'urgence

Dans la foulée des constats et des recommandations du Ministère présentés aux audiences de la commission scientifique et technique chargée de faire le bilan sur la tempête de verglas, survenue en janvier 1998, l'équipe des mesures d'urgence, en collaboration avec les équipes régionales de ce secteur, a procédé à la rédaction du *Manuel de planification des mesures d'urgence*. Publié et diffusé dans tout le réseau des établissements au cours de la dernière année, ce document servira de guide à la mise en place et/ou à la révision de leur plan d'urgence.

Un guide de formation sur l'intervention psychosociale à l'occasion de situations d'urgence a également été produit, complétant ainsi le programme de formation destiné aux personnes du réseau appelées à intervenir au moment de tels événements.

Enfin, à la suite de l'avalanche survenue le 1er janvier 1999 à Kangiqsualujjuaq, l'équipe des mesures d'urgence s'est rendue disponible pour épauler les intervenantes et les intervenants régionaux, assurer les liens avec les autres ministères en cause et appuyer les actions des autorités ministérielles.

4.3. L'émission et le renouvellement des permis

Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le SSSR s'est assuré de l'émission et de la mise à jour des permis des établissements. Des efforts particuliers ont été consacrés à cette dernière démarche afin d'assurer la conformité des permis avec les nouvelles dispositions législatives relatives à leur renouvellement, entrées en vigueur le 31 mars 1999.

Le Ministère étant aussi responsable - en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique - de l'émission et du renouvellement des permis des laboratoires cliniques et orthopédiques, des embaumeurs et des directeurs de funérailles, le SSSR s'est également assuré de la tenue à jour de ces permis, et ce, conjointement avec ses partenaires du réseau.

4.4. Le fonds de soutien à l'innovation

Ce fonds ministériel était destiné à soutenir financièrement des projets novateurs, sur le plan de l'efficience et de l'efficacité, présentés par les divers organismes du réseau.

Le Ministère y a mis fin en juillet 1996 et s'assure, depuis, du suivi des projets ayant fait l'objet d'une contribution financière.

4.5. Le partenariat MSSS–régies régionales

Dans le but de favoriser la concertation soutenue entre le Ministère et les régies régionales, le SSSR assure l'organisation des travaux et le secrétariat du Comité de concertation MSSS–Régies régionales, sous la présidence du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux. Ce comité a tenu une dizaine de rencontres au cours de la dernière année, auxquelles s'est ajoutée une session intensive d'orientation en août 1998. Enfin, font aussi partie des tâches régulières du SSSR sa participation et sa collaboration à divers travaux et activités permettant d'assurer la cohérence entre les responsabilités respectives du Ministère et des régies régionales.

5. Les relations professionnelles

La Direction générale des relations professionnelles (DGRP) a pour mandat :

— de représenter le Ministère pour tout ce qui concerne la préparation, la négociation, l'application et l'interprétation des conventions collectives, des ententes, des régimes et des mesures touchant le personnel cadre et salarié du réseau, de même que le personnel professionnel de la santé et l'organisation afférente aux services régionaux et locaux. À cette fin et en ces matières, elle s'occupe des relations avec les instances syndicales et corporatives ainsi qu'avec les régies régionales et les autres partenaires du Ministère, en plus de coordonner les différents processus de négociation, de liaison, de concertation et de communication, et d'intervenir à titre de participant ou de décideur dans les situations et les dossiers requérant un soutien d'ensemble ou spécialisé;

— de mener des études, des recherches et des analyses liées à la planification et au développement des ressources humaines, à la répartition géographique des médecins ainsi qu'à la rémunération et aux autres conditions de travail et d'exercice, de proposer des orientations et des politiques en ces matières et de coordonner l'application générale et le suivi des programmes et des mesures qui en découlent;

— de conseiller le Ministère en matière de planification et de développement des ressources humaines et de répartition géographique des médecins, ainsi qu'en matière de relations et de conditions de travail, et de fournir aux partenaires ainsi qu'aux instances du réseau l'expertise et l'assistance en ces domaines.

5.1. Le personnel salarié du réseau

La période 1998-1999 a été marquée par l'échéance, le 30 juin 1998, des conventions collectives du personnel salarié des établissements publics et privés conventionnés de santé et de services sociaux. Le Ministère et les associations d'employeurs ont défini les lignes directrices sur les sujets d'ordre normatif pour le renouvellement des conventions collectives. Cinq orientations ont été retenues. Elles concernent la décentralisation de la négociation de certaines matières touchant particulièrement l'organisation du travail, soit : la souplesse des moyens mis en place quant à la mobilité de la main-d'œuvre et à son utilisation, la simplification des dispositions des conventions, la réduction des coûts liés à certaines mesures et la valorisation de la présence au travail. Le processus de négociation s'est ainsi enclenché, à l'automne 1998, par le dépôt de demandes syndicales et, en février 1999, par la présentation des propositions patronales. Le gouvernement a également fait part aux organisations syndicales de ses offres salariales, en mars 1999.

L'échéance des conventions collectives a aussi coïncidé avec l'échéance du protocole sur la gestion des postes. Ce protocole prévoyant des modalités particulières pour la gestion des mouvements de main-d'œuvre durant la période intensive de transformation du réseau, les règles provinciales déjà prévues aux conventions collectives en matière de replacement sont redevenues en vigueur. Cependant, les services régionaux de main-d'œuvre ont continué de jouer un rôle actif dans le replacement du personnel salarié en sécurité d'emploi. Ainsi, au 31 mars 1999, on comptait 1 059 personnes salariées bénéficiant de la sécurité d'emploi comparativement à 1 857 à la même date, en 1998.

En juin 1998, le Conseil des services essentiels rendait une décision importante à la suite des auditions qu'il a tenues après que les infirmières aient signifié aux employeurs leur refus d'effectuer du temps supplémentaire. Le Conseil a pris acte des engagements à court terme et à moyen terme de la partie patronale. À court terme, donc, cette dernière s'engage à stabiliser les équipes de base, à chercher localement des solutions pour éviter le recours au temps supplémentaire et à dégager, par voie ministérielle, les budgets de formation déjà alloués pour 1998-1999. À moyen terme, la partie patronale prévoit des travaux conjoints sur l'examen de la charge de travail, et la mise sur pied d'un comité national responsable de la planification stratégique, de l'organisation du travail, du développement des ressources humaines et des mesures susceptibles de servir d'incitatif au travail pour les infirmières et de les y maintenir; ce même comité national doit proposer des moyens pour recruter des infirmières qui ont quitté la profession. Le Conseil des services essentiels ordonne aussi de mettre en place un système approprié pour examiner les plaintes des infirmières relatives au fardeau des tâches.

Cette ordonnance du Conseil a donné lieu à plusieurs travaux et rencontres de comités qui se sont poursuivis tout au cours de l'année avec les associations d'employeurs, les régies régionales, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et les associations syndicales représentant les infirmières.

Ainsi, le Ministère, l'OIIQ, les Régies régionales et les CEGEPS ont mené une opération d'envergure pour attirer dans les établissements un certain nombre d'infirmières qui n'avaient pas exercé la profession depuis quelques années, et auxquelles on a offert de mettre à jour leurs connaissances ainsi qu'une garantie d'heures de travail. Cette opération aura permis d'augmenter les effectifs infirmiers de 338 personnes, particulièrement pour la période estivale, le vaste programme de départ à la retraite faisant encore sentir ses effets par le manque de personnel surtout dans les secteurs plus spécialisés.

5.2. Le personnel d'encadrement du réseau

Les pourparlers avec les associations représentatives des cadres et des hors-cadre du réseau se sont poursuivis en 1998-1999. Ces pourparlers portent sur certaines dispositions normatives des conditions de travail, notamment celles ayant trait à la stabilité d'emploi, à la classification, aux mécanismes de recours et au développement des compétences. Les personnes en cause ont proposé des allégements importants, surtout en ce qui a trait à l'obligation de fournir des avis et des rapports à la ministre; ces allégements s'inscrivent dans les orientations de décentralisation, de souplesse et de simplification qui ont été retenues pour l'ensemble du personnel du réseau.

L'année 1998-1999 a été marquée par le premier rendez-vous annuel des cadres, réunissant au-delà de 200 personnes issues de toutes les régions et d'établissements de toutes vocations. Tenue le 16 septembre 1998, cette rencontre avait pour but de convenir d'un plan de travail afin d'harmoniser les actions destinées à soutenir les cadres du réseau à travers l'évolution de leurs rôles et de leurs responsabilités. Plusieurs mandats ont ainsi été confiés à des groupes de travail sur le développement des cadres et le rôle des gestionnaires dans le contexte des transformations du réseau de la santé et des services sociaux; ces groupes de travail ont été très actifs tout au cours de l'année et un second rendez-vous est prévu pour septembre 1999.

Parmi ses activités courantes, la direction s'est surtout investie dans les travaux liés aux dossiers suivants : approbation des retours exceptionnels au travail des personnes retraitées, cadres ou salariées; interprétation des décrets de conditions de travail et des conventions collectives; validation des contrats d'engagement des directrices et des directeurs généraux; détermination de classes d'évaluation pour les postes leur étant destinés ainsi qu'aux personnes cadres de niveau supérieur; interventions ponctuelles dans certains cas litigieux.

5.3. Le personnel professionnel de la santé

Accords et ententes avec les fédérations et les associations

Le 1er décembre 1997, le ministre de la Santé et des Services sociaux signait avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) un protocole d'accord relatif à l'application de l'Accord-cadre MSSS-FMSQ pour les années 1996-1997 à 2000-2001, à l'intérieur duquel on prévoyait l'implantation d'un mode de rémunération mixte pour les spécialistes qui exercent en établissement; cela afin de remplacer le mode actuel de rémunération à l'acte en tant que mode de rémunération principal. Les parties se sont entendues sur les modalités d'application de ce nouveau mode de rémunération mixte, soit : la définition des activités médicales et d'enseignement, de même que des activités médico-administratives devant être payées, l'adhésion sur base volontaire par département ou service, ou par secteur d'activités, les suppléments d'honoraires en sus des forfaits quotidiens par spécialité. Cette nouvelle façon de procéder sous-entend, pour le médecin spécialiste qui y adhère, de ne toucher d'autres honoraires de la RAMQ que ceux déjà prévus à l'entente. Des ententes ont été conclues au regard d'une vingtaine de spécialités.

L'entente auxiliaire quant à l'assurance responsabilité professionnelle a été renouvelée en avril 1998, et ce, pour la totalité de l'année civile. En décembre 1998, une modification à cette entente limite, à compter du 1er janvier 2000, la contribution maximale de l'ensemble des médecins spécialistes.

L'entente générale MSSS-FMOQ est échue depuis le 1er avril 1998. Les négociations touchant son renouvellement devraient se tenir à l'automne 1999, à l'instar des négociations pour tout le secteur public. Durant la dernière année, les parties ont conclu des amendements permettant de régler certains dossiers particuliers aux omnipraticiens, notamment pour ce qui est d'instaurer une mesure susceptible de favoriser l'accessibilité aux soins de première ligne.

Ainsi, une entente particulière porte sur la rémunération de la garde sur place dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Cette entente instaure la rémunération à forfait, assortie d'un pourcentage du tarif des actes posés pour tous les services d'urgence qui optent pour ce mode de rémunération. Les parties ont aussi convenu d'un protocole pour ce qui est du réseau intégré de soins généraux, lequel prévoit notamment : la rémunération de la garde en disponibilité

auprès des personnes hébergées en CHSLD, de même que pour celles qui profitent du programme de maintien à domicile des CLSC; la semaine de quarante (40) heures pour les médecins rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire, et qui exercent dans les secteurs aux prises avec une pénurie des ressources médicales; la mise en opération d'un nouveau tarif pour les visites à domicile auprès des individus représentant des cas particulièrement lourds.

L'entente inclue également des modifications sur la mise à jour des primes d'assurance responsabilité professionnelle et le remplacement – là où il était encore en vigueur - du mode de la vacation par celui du tarif horaire.

Les négociations pour le renouvellement de l'entente avec l'APES se sont poursuivies d'une façon intensive durant l'année. Bien que les parties en soient venues à une entente de principe sur les clauses normatives, la question salariale demeure entière. En 1996, un comité conjoint SCT-MSSS-APES a examiné la position relative à la profession de pharmacien (relativité salariale); chaque partie remettait un rapport distinct.

Composé de représentantes et de représentants du SCT et du MSSS, ainsi que de directrices et de directeurs de services professionnels de neuf établissements, un groupe de travail a été mis en place afin de valider l'emploi de pharmacien, à la suite de quoi on prévoit un exercice de relativités salariales.

À défaut d'un développement dans le dossier salarial, l'APES envisage de mettre sur pied des moyens de pression à compter de mai 1999.

La Direction des professionnels de la santé a également poursuivi les négociations avec la FMRQ et l'ASCBMFQ pour le renouvellement des ententes.

Accès aux soins en régions périphériques

Désireux de faciliter l'accès aux soins en régions périphériques, le Ministère a continué de soutenir les efforts entrepris pour consolider la décentralisation, au profit des régies régionales, de l'ensemble des programmes suivants : primes d'installation, stage en médecine familiale et en spécialité, bourse de formations spécialisées.

Le Ministère a aussi répondu à quelque 1 000 demandes de dépannage afin de pallier les difficultés reliées à la pénurie d'effectif dans les services d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde, en plus de désigner 45 médecins, dotés de bourses de formation et de contrats d'engagement, pour exercer dans les secteurs en cause. Finalement, dans la foulée des tournées ministérielles en région, à l'automne dernier, un groupe de travail restreint — composé de médecins ayant une expérience en région éloignées et isolées —, a été formé afin d'analyser la situation quant aux difficultés rencontrées en matière de recrutement et de maintien des effectifs médicaux pour, ensuite, faire connaître ses recommandations au cours de l'été 1999.

5.4. L'effectif médical

Plans régionaux

Les régies régionales sont légalement tenues de produire un plan de l'effectif médical de leur région, en tenant compte des objectifs de croissance et de décroissance en la matière signifiés par la ministre dans son plan de répartition de l'effectif médical au Québec. Ce plan vise à garantir à l'ensemble de la population un accès équitable aux services médicaux.

L'ajout net de médecins prévu annuellement, de même que la décroissance de l'effectif des régions les mieux pourvues, constituent des facteurs importants lorsqu'il s'agit de déterminer des objectifs de croissance relativement à l'augmentation de personnel médical pour les régions touchées par une pénurie de médecins. La conclusion d'ententes entre le Ministère et les fédérations médicales, sur des moyens visant à inciter les médecins admissibles à prendre une retraite anticipée, a réduit sensiblement l'ajout net de médecins initialement prévu pour la période 1997-2000. Ainsi, les objectifs régionaux associés au plan de répartition 1997-2000 ne pourront être réalisés dans leur intégralité. La création d'un Comité du suivi des plans régionaux d'effectifs médicaux formé de représentantes et de représentants de divers organismes — tels les fédérations médicales, le Collège des médecins du Québec, les régies régionales et le Ministère —, a permis d'étudier les demandes particulières d'effectifs médicaux formulées par les régies régionales et qui ne s'inscrivaient pas dans les objectifs signifiés par le Ministère.

Inscriptions dans les programmes de formation en médecine

La Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation en médecine de 1999-2000 à 2001-2002 poursuit deux objectifs majeurs. Elle vise primordialement à pourvoir le Québec d'un effectif médical assurant une situation d'équilibre, à moyen et à long terme, entre la disponibilité des services médicaux et la projection quant aux besoins en la matière des Québécoises et des Québécois. La Politique recherche également une utilisation optimale de la capacité d'accueil résiduelle des facultés de médecine en faveur des étudiantes et des étudiants canadiens et étrangers, conuribuant ainsi à leur rayonnement hors des frontières du Québec de même qu'à l'émulation de la population étudiante et à la diffusion des connaissances scientifiques.

Conformément aux objectifs qui leur ont été signifiés, les facultés de médecine ont limité le nombre d'admissions d'étudiantes et d'étudiants québécois à 471 places. Il s'agit d'une majoration de 65 places par rapport à 1998-1999. Compte tenu des autres contingents fixés pour les étudiantes et les étudiants provenant de l'extérieur du Québec, 527 places au total seront disponibles en 1999-2000.

Cette politique triennale des inscriptions prévoit l'intégration des personnes diplômées d'une faculté de médecine située hors du Canada et des États-Unis par la voie de la procédure générale d'admission au programme de formation doctorale de 1er cycle en médecine.

Au printemps de 1998, la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec s'est dotée d'un programme de travail visant à documenter, avec l'ensemble des intervenantes et des intervenants du réseau, les principaux aspects quantitatifs et qualitatifs de la planification de la main-d'œuvre médicale. Parmi ces aspects, on a particulièrement examiné les besoins de la population et l'évolution des ressources médicales autant en omnipratique que par spécialité. Les différents groupes de travail se sont également penchés sur les changements à apporter aux programmes de formation pour tenir compte de l'évolution des connaissances et des pratiques, de même que sur les conséquences de l'organisation du travail sur les besoins en effectifs médicaux. Enfin, on a étudié les effets du vieillissement de la population sur le nombre de médecins nécessaires pour répondre à la demande. Les groupes de travail déposeront leurs rapports auprès des membres de la Table de concertation.

Au cours de l'automne de 1999, la Table de concertation émettra un avis formel à la ministre de la Santé et des Services sociaux, faisant état de ses recommandations quant à la Politique triennale 2000-2001 à 2002-2003.

Finalement, au cours de la dernière année, il est apparu nécessaire d'habiliter législativement cette politique. Les travaux à cet effet viseront à préserver certaines de ses dispositions, notamment à l'égard des titulaires de diplôme de facultés de médecine situées à l'extérieur du Canada et des États-Unis et des médecins détenteurs d'un permis restrictif.

5.5. La main-d'œuvre non médicale

Conformément au mandat décrit dans la décision du Conseil des services essentiels de juin 1998, le Groupe de travail sur la planification stratégique de la main-d'œuvre infirmière — composé de représentantes et de représentants des associations d'établissements, de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, des régies régionales et du Ministère — a examiné divers scénarios relativement à la planification stratégique des effectifs, à l'organisation du travail, au développement des ressources humaines, ainsi qu'au recrutement et au maintien de la main-d'œuvre infirmière.

Le groupe de travail a formulé des recommandations aux autorités du Ministère, lesquelles ont été prises en compte dans le plan d'action annoncé en mars 1999. Ce plan comporte des actions à court et à moyen terme à l'égard des conditions d'exercice de la profession (précarité, stabilisation des équipes, formation et organisation du travail) et de la planification de la main-d'œuvre.

Pour ce qui est de la formation de la main-d'œuvre en soins infirmiers, la Direction générale des relations professionnelles a participé à plusieurs comités mis sur pied par le ministère de l'Éducation. Ces travaux ont porté sur la révision du programme de formation des infirmières auxiliaires et du programme collégial en soins infirmiers. La direction a également participé au Comité-Conseil sur la formation infirmière. Le Ministère a été associé, en outre, à la révision des programmes de formation en techniques de laboratoire, ce qui lui a donné l'occasion d'émettre plus directement ses avis et ses commentaires sur le programme de formation en techniques de laboratoire médical.

L'étude des besoins de main-d'œuvre en audiologie et en orthophonie dans les réseaux de la santé et de l'éducation s'est poursuivie en collaboration avec le ministère de l'Éducation, dans le cadre des travaux du Comité sur l'effectif en orthophonie et en audiologie.

La Table de concertation sur la planification de l'effectif en médecine dentaire a amorcé ses travaux en avril 1998. Ce forum d'échanges entre personnes intéressées par une telle planification prévoit des actions concertées en vue d'assurer l'adéquation de l'offre de services aux besoins de la population.

5.6. Le Programme Santé et Sécurité du travail dans le réseau

Le Programme SST-Réseau vise à définir et à diffuser les orientations du réseau en ce qui a trait à la gestion de la présence au travail. En plus de représenter le réseau auprès des instances en cause, ses responsables ont également pour tâche de définir, de recevoir et d'analyser les indicateurs de gestion relatifs à la présence au travail, et d'assurer une disponibilité des outils de gestion en la matière, tant sur le plan de la qualité que de la quantité.

Orientations du réseau

De concert avec ses partenaires, le MSSS a conçu et diffusé, en 1993, une politique en gestion de la santé et de la sécurité du travail assortie d'objectifs qualitatifs et quantitatifs. Réalisée en 1998-1999, leur évaluation a permis de constater que les objectifs quantitatifs avaient été atteints, et parfois dépassés, notamment en ce qui a trait à la réduction de la fréquence et de la gravité des lésions professionnelles de même qu'à la réduction des jours indemnisés pour les maux de dos. Alors qu'on avait fixé un objectif de réduction de 30 % des jours totaux indemnisés, et de 20 % des jours indemnisés pour les lésions au dos, les résultats affichent un taux respectif de l'ordre de 50 % et de 44 %.

Par contre, pour ce qui est de préparer des tableaux de bord comportant des indicateurs de gestion, cela reste à compléter.

Représentation

Le Programme SST-Réseau vise principalement à faire reconnaître les particularités du réseau de la santé et des services sociaux par divers interlocuteurs, tels la CSST et le Conseil du Trésor. Au cours de la dernière année, l'équipe responsable du programme a notamment évalué et analysé les effets des différents régimes de tarification et l'équité de ces derniers sur le réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que des projets de réglementation en matière de santé et de sécurité du travail. Afin de représenter les intérêts du réseau auprès de différentes instances, elle a également maintenu sa participation à différents forums et groupes de travail, et ce, en collaboration avec les partenaires des réseaux public et parapublic.

L'équipe du Programme SST-Réseau est intervenue régulièrement auprès de la CSST et du Conseil du patronat pour recueillir de l'information et les sensibiliser aux problèmes propres au réseau de la Santé et des Services sociaux en relation avec certains aspects d'applicabilité des lois et règlements.

Indicateurs de gestion

En réponse aux obligations de reddition de compte du Ministère, l'équipe a aussi mis sur pied un projet d'indicateurs relatifs à la gestion de la présence au travail. Le volet de l'assurance salaire a été complété et sera suivi d'un volet de la santé sécurité du travail pour la prochaine année. Un logiciel de gestion est maintenant disponible pour les employeurs du réseau afin de faciliter la collecte de données sur une base uniforme.

Disponibilité de services spécialisés Mise en commun régionale

Les activités de mise en commun de services spécialisés régionaux permettant de gérer la présence au travail se sont poursuivies tout au long de la dernière année.

À la suite des études de besoins et de l'évaluation quant à la disponibilité des ressources existantes, l'équipe du programme SST-Réseau a soutenu les démarches de mise à jour de divers projets régionaux.

Enfin, le Bureau régional de la santé et de la sécurité du travail de l'Outaouais (BSSTO) — premier projet-pilote de mise en commun de services pour une région —, a terminé sa troisième année d'existence avec un léger surplus budgétaire. Le BSSTO a également exporté son savoir-faire dans d'autres régions, soit en se rendant disponible pour appuyer la mise en commun régionale, soit pour offrir des services aux établissements n'ayant pas encore accès à une telle mise en commun.

Services-conseils en assurance salaire

Depuis le mois d'avril 1997, les services conseils en assurance salaire, autrefois dispensés par la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurance (CARRA), sont offerts par l'entremise du Programme SST-Réseau. Pendant la dernière année, le personnel a dû répondre à quelque 6 500 demandes des employeurs.

5.7. Les orientations ressources humaines

Au cours du dernier exercice financier, le Ministère a publié un guide d'orientations en ressources humaines centrées sur une gestion participative (notamment quant à l'organisation du travail) et sur le développement des compétences du personnel cadre et salarié. Des chantiers ont été mis sur pied pour concrétiser les lignes directrices du Ministère qui suit de près leur application et leur évolution au sein du réseau.

6. Le budget, l'administration et les immobilisations

La Direction générale du budget, de l'administration et des immobilisations (DGBAI) a principalement pour mandat :

— de rédiger la politique de financement du système sociosanitaire québécois ainsi que le cadre ministériel de la planification budgétaire et financière;

— de coordonner les opérations du cycle budgétaire ministériel;

— d'obtenir, du gouvernement fédéral, les contributions exigibles aux termes des ententes fédérales-provinciales et de gérer ces ententes;

— de réaliser, en concertation avec les directions générales en cause, le processus du cycle budgétaire gouvernemental lié aux opérations régionales, notamment en recommandant l'approbation et l'allocation des budgets de fonctionnement des régies régionales et des enveloppes budgétaires de chacune des régions et en procédant à l'allocation des crédits régionalisés, en conformité avec les orientations retenues;

— d'assurer, selon les besoins du Ministère, des régies régionales et des établissements, le développement des systèmes comptables, des règles de gestion financière et de reddition des comptes, et de réaliser les opérations de vérification ministérielle prévues à la Loi sur les services de santé et les services sociaux;

— de définir et de gérer les politiques relatives aux immobilisations, aux équipements, aux approvisionnements, aux services communs et techniques ainsi qu'aux projets de construction et de location d'espaces, en collaboration avec les régies régionales et la Corporation d'hébergement du Québec (CHQ);

— d'assurer l'encadrement et l'évolution de la gestion des ressources humaines du Ministère et des organismes relevant du Ministère, et de coordonner l'application des politiques en matière de ressources matérielles;

— d'assurer, avec les partenaires du secteur, le développement et l'utilisation efficace et efficiente des technologies de l'information pour soutenir et faciliter l'atteinte des objectifs de services du réseau de la santé et des services sociaux;

— d'instaurer les conditions propres à favoriser le partenariat économique avec les industries de la santé afin de permettre l'exportation de l'expertise, des services et des produits québécois.

6.1. Les ressources matérielles et le financement

6.1.1. Les activités de soutien du réseau

Les immobilisations et équipements

En vertu du programme triennal d'investissements 1998-1999 / 2000-2001, le gouvernement a autorisé le Ministère à investir 1 793 393 000 $ pour réaliser des projets capitalisables d'immobilisation et de technologies de l'information dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux. D'ici l'année 2002, il est prévu que ces investissements coûteront au gouvernement la somme de 1 454 358 000 $, le solde (339 035 000 $) étant assumé par différents partenaires.

Comme pour les années précédentes, la grande majorité de ces investissements (1 257 355 000 $) ont été destinés au parachèvement de projets déjà autorisés de même qu'au maintien des actifs dans les régions sociosanitaires du Québec. Un budget de 197 003 000 $ a donc été alloué pour la réalisation des nouvelles initiatives. Il a surtout permis de réaliser des travaux de sécurité incendie dans les établissements du réseau (36 943 000 $), d'appuyer les efforts du réseau en vue de la modernisation des infrastructures administratives et de soutien (22 100 000 $), et d'entreprendre l'exécution d'une vingtaine de projets importants d'immobilisations (59 656 000 $), dont la construction d'un nouvel hôpital à Sainte-Anne-de-Beaupré. En ce qui a trait aux technologies de l'information, ce budget a également permis d'entreprendre le développement du système intégré d'information sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance, aussi appelé « système du sang » (47 003 000 $), de poursuivre le développement et les implantations de systèmes déjà en marche (19 000 000 $) et d'amorcer les travaux préliminaires en vue de l'adaptation à l'An 2000 des actifs du réseau (11 301 000 $).

Pour l'exercice budgétaire 1998-1999, ces investissements ont occasionné des coûts totalisant 559 459 000 $; les projets réalisés sous la gouverne des régies régionales ont entraîné des dépenses de 259 161 000 $, alors que les frais relatifs aux projets centralisés se sont élevés à 300 298 000 $.

Conjointement avec les régies régionales, le Ministère a procédé à l'évaluation des besoins en mobilier et en équipements généraux pour vingt-et-un projets totalisant 12 000 000 $. De plus, le comité mis sur pied par le Ministère, à l'automne 1997, pour

rédiger le *Guide sur les matelas à réduction de pression*, a poursuivi ses travaux en 1998-1999. La publication de ce document de références est prévue pour l'automne 1999.

L'approvisionnement et les services de soutien

En 1998-1999, les achats négociés par l'ensemble des corporations régionales d'approvisionnement — dont le mandat consiste à regrouper les achats de biens et services des établissements du réseau —, ont représenté près de 39 % des achats globaux; soit une somme de 524 111 339 $, sur un montant total de 1 352 160 972 $. Cette activité a permis de réaliser des économies estimées à plus de 52 000 000 $.

Le Ministère a fourni une expertise-conseil aux organismes d'approvisionnement en commun au sujet du règlement des dossiers complexes. La réglementation et les méthodes d'acquisition dans le domaine de l'approvisionnement sont en voie de révision dans le respect de l'application de l'Accord de libéralisation des marchés publics du Québec et de l'Ontario et de l'Accord sur le commerce intérieur.

Le Ministère a été également appelé à émettre son avis sur la Politique sur les marchés publics (qui devrait remplacer la Politique d'achat du Québec), ainsi que sur des dossiers ou les lignes directrices touchant l'ensemble du réseau. De plus, il a participé aux travaux du Groupe de travail sur les opportunités de développement économique liées aux marchés publics, étant donné que ces travaux sont étroitement reliés au secteur de l'approvisionnement en biens et services. Adopté en juin 1998 par le Comité interministériel de coordination des projets économiques, le rapport du groupe définit les principaux enjeux en cause et propose un certain nombre de mesures. À compter de novembre 1998, le Ministère a aussi participé aux travaux de sous-groupes chargés de la mise en œuvre de ces mesures, travaux qui se poursuivront au cours du prochain exercice financier.

Pour appuyer la modernisation des infrastructures administratives et de soutien du réseau, le Ministère a mis en place un programme de financement devant s'étendre sur une période de trois ans, doté d'un montant total pouvant atteindre 66 M $ provenant du Plan triennal des immobilisations (PTI). Un comité technique — composé de trois personnes représentant les régies régionales et de quatre autres issues du Ministère, dont une personne de la Direction générale —, a conçu un cadre de gestion pour ce programme et recommandé le financement de projets qui respectent les critères d'admissibilité déjà établis. Pour l'année 1998-1999, une somme de 22,1 M $ répartie en deux enveloppes (« A » et « B ») a été allouée à des projets de modernisation dans des établissements.

L'enveloppe « A », dotée d'un budget de 6 M $, a été attribuée aux régies régionales au prorata des dépenses administratives et de soutien 1996-1997. L'enveloppe « B », totalisant 16,1 M $, a été versée pour soixante projets respectant un certain nombre de critères dont le principal était de générer des économies correspondant à 50 % de l'investissement exigé. Par ordre décroissant des subventions accordées, les projets se retrouvent surtout dans les secteurs de l'alimentation (4,8 M $), de la buanderie-lingerie (4,2 M $), de l'entretien sanitaire (1,8 M $), des laboratoires (1,6 M $) et de l'administration générale (1,6 M $).

Notons que les secteurs d'activité touchés par le Programme de modernisation des infrastructures administratives et de soutien ont affiché une diminution de leurs coûts directs bruts globaux de 77 800 000 $, en 1997-1998. Cela représente une variation de 2,4 % par rapport à l'exercice financier précédent.

6.1.2. Les ressources immobilières

Au cours de l'exercice financier 1998-1999, le Ministère a administré les transactions immobilières effectuées dans le réseau de la santé et des services sociaux, conformément aux dispositions législatives qui requièrent l'autorisation préalable de la ministre ou celle du Conseil du trésor. Il a également veillé à l'application de la politique relative à la disposition d'immeubles publics excédentaires et de la politique afférente au désintéressement des communautés religieuses dans les établissements publics du réseau. Par ailleurs, le Ministère a fourni à la CHQ l'expertise nécessaire à la négociation et à l'achat d'immeubles pour la réalisation de projets d'investissements, entre autres pour la finalisation du mandat de construction lié à la relocalisation de 19 centres d'hébergement et de soins de longue durée privés conventionnés. Enfin, le Ministère a soutenu les régies régionales dans la mise en œuvre de leur plan de transformation, notamment au moment de la conclusion d'ententes visant à mettre fin aux activités d'établissements privés conventionnés.

Le financement des immobilisations du réseau

Pour ce qui est de la gestion des projets d'immobilisations du réseau ainsi que du service de la dette qui en résulte, le Ministère a assuré, en collaboration avec la CHQ, le suivi et le contrôle budgétaire des projets de construction centralisés. Un montant de 290 250 000 $ a été déboursé en 1998-1999, en plus de la consolidation des emprunts liés aux enveloppes d'immobilisations régionales qui s'élevaient à 212 230 000 $. Pendant ce même exercice financier,

des emprunts temporaires mensuels moyens, de l'ordre de 1 625 000 000 $, ont été maintenus sur les marchés financiers par la CHQ afin de financer le programme d'immobilisations et les échéances obligataires en attente de refinancement.

En outre, le Ministère a géré le service de la dette en cours et le programme de financement à long terme des immobilisations effectuées dans le réseau. À cette fin, après les avoir conseillés en la matière, il a autorisé les établissements publics, ou encore la CHQ, à effectuer des emprunts à long terme totalisant 565 081 800 $, en plus de s'assurer du versement de crédits budgétaires au montant de 472 569 155 $, soit la somme requise pour acquitter le service de la dette qui en résulte.

6.2. La planification et les stratégies de financement

À la suite de la tournée de l'ensemble des régions du Québec, à l'automne 1997, le Ministère a dressé le bilan de la transformation du réseau. Au début de l'exercice financier 1998-1999, il a donc été en mesure de soumettre au Conseil des ministres un mémoire faisant état de cette situation et qui définit les objectifs devant être privilégiés pour consolider le processus de transformation.

Le gouvernement avait déjà confirmé son choix d'investir de façon prioritaire dans la santé et les services sociaux dès que des marges de manœuvre se seraient dégagées. Ce but ayant été atteint, il a donc annoncé, le 4 juin 1998, un ajout budgétaire de 385 M $ sur trois ans dans le secteur dont 110 M $, en 1998-1999, destinés à améliorer l'accessibilité et la qualité des services aux Québécoises et aux Québécois.

Cet ajout de ressources visait la diminution des délais d'attente en chirurgie, l'augmentation des services de maintien à domicile, l'amélioration de l'accès à la ligne Info-Santé CLSC, l'étendue des services aux jeunes en difficulté ainsi qu'aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et, enfin, la multiplication des ressources dans les régions où la croissance de la population a été rapide.

Le Ministère a procédé à la répartition de cet ajout budgétaire entre les régions en fonction des objectifs souhaités et des besoins à combler. Il a suivi de près ses effets sur les services à la population et sur le bien-être de celle-ci, particulièrement en ce qui a trait à la réduction des listes d'attente en chirurgie.

Par ailleurs, la situation financière des établissements s'avérant toujours préoccupante, un groupe de travail interministériel MSSS – SCT – MFQ a été constitué afin d'étudier divers moyens susceptibles de l'améliorer. Ce groupe a apporté un éclairage nouveau quant aux problèmes de sous-financement auxquels devaient faire face les établissements, à la suite de quoi il a proposé au gouvernement d'adopter une démarche globale et intégrée lui permettant de restructurer la situation financière des établissements et de revenir progressivement à l'équilibre budgétaire. Cette démarche devrait comprendre, entre autres, la conclusion des protocoles d'entente basés sur la responsabilité des régies régionales et des établissements quant à leurs engagements d'atteindre des objectifs précis de réduction annuelle des déficits.

Avec comme objectif de permettre au réseau de canaliser ses énergies et de consolider l'accessibilité et la qualité des services offerts à la population, le gouvernement a annoncé, à l'occasion du Discours du budget 1999-2000, un investissement de 1,7 milliard $ sur deux ans dans la santé et les services sociaux dont 1,0 milliard $, en 1998-1999 destiné à la prise en charge des déficits du réseau et à la stabilisation de son fonctionnement.

Dans la foulée de cette annonce, la ministre de la Santé et des Services sociaux a fait part aux membres du réseau des lignes directrices à privilégier pour assainir la situation financière de ce dernier sans toutefois affecter les services à la population. Selon la ministre, ces nouvelles ressources financières doivent être consacrées à l'atteinte des objectifs convenus pour faciliter le retour progressif à l'équilibre budgétaire, et pour améliorer l'organisation et l'accessibilité des services. Ces orientations font partie intégrante des ententes de gestion devant être conclues avec chaque régie régionale ainsi qu'avec les établissements dont la situation financière demeure préoccupante.

Enfin, il y a lieu de souligner la participation du Ministère aux travaux du Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec. Ce groupe a pour mandat d'examiner la composition et l'évolution des dépenses privées de santé au Québec, de comparer la situation québécoise avec celle d'ailleurs, et d'analyser l'interaction entre les services publics et privés. À ce mandat s'ajoute celui de définir en respectant les caractéristiques et les objectifs fondamentaux du système de santé et de services sociaux , les secteurs d'activités et des critères de fonctionnement grâce auxquels la participation du secteur privé dans le domaine sociosanitaire pourrait contribuer à la qualité et à l'efficience des soins et des services ainsi qu'au développement d'un partenariat et d'une complémentarité souhaitables.

Le rapport des travaux de ce groupe de travail est attendu à l'automne 1999.

Le budget

Les dépenses de l'ensemble du secteur sociosanitaire, pour l'année qui se terminait le 31 mars 1999, sont de 14 684 393 200 $, en tenant compte d'un investissement supplémentaire de 1,1 milliard de dollars destiné à la consolidation des services, à la restructuration financière du réseau et à l'amélioration de l'accès aux services. Ces dépenses se subdivisent en cinq programmes distincts se détaillant comme suit :

— les fonctions nationales (programme 01) 160 274 251 $

Ce programme vise à procurer au Ministère et aux organismes-conseils les ressources et les services nécessaires pour établir, mettre en œuvre, évaluer et contrôler ses programmes de santé et de services sociaux; il vise également à permettre la participation de la population à la définition de ses besoins, à assurer la coordination nationale du développement et de la prestation des services de santé et des services sociaux et à financer les activités nationales;

— les fonctions régionales (programme 02) 11 034 077 079 $

Ce programme vise à assurer à la population les services favorisant l'atteinte des objectifs définis par la Politique de la santé et du bien-être en matière d'adaptation sociale, de santé physique, de santé publique, de santé mentale et d'intégration sociale. Ce budget inclut les frais d'administration des régies régionales;

— la recherche (programme 03) 67 148 700 $

Ce programme vise à favoriser l'acquisition de connaissances nécessaires à la définition et à la mise en œuvre de programmes de santé et de services sociaux. Ce budget inclut les frais d'administration afférents;

— l'Office des personnes handicapées du Québec (programme 04) 62 003 526 $

Ce programme vise à assurer l'exercice des droits des personnes handicapées. Il permet à l'Office de traiter les demandes d'aide matérielle et d'assurer la cohérence et la complémentarité des interventions auprès des personnes handicapées. Ce budget inclut les frais d'administration afférents;

— la Régie de l'assurance maladie du Québec (programme 05) 3 360 889 644 $

Ce programme vise à couvrir le coût des services assurés à l'intérieur des régimes d'assurance maladie, d'assistance et les frais afférents.

Le Ministère définit les politiques et oriente le système de santé et des services sociaux en fonction des objectifs fixés par le législateur, et s'assure de l'atteinte des résultats. À ce titre, son rôle premier est de déterminer les enjeux et l'ensemble des lignes directrices du système pour ensuite en évaluer les résultats et apporter les corrections nécessaires. Il doit aussi assurer le financement du système et la coordination interrégionale, établir les politiques d'adaptation de la main-d'œuvre et négocier les ententes et les conventions collectives.

Les régies régionales sont les mandataires du Ministère dans chacune des régions du Québec. À ce titre, elles doivent mettre en œuvre les priorités ministérielles quant aux services à la population, respecter les limites d'organisation fixés par le Ministère et rendre compte des résultats à l'intérieur de leur territoire. Elles coordonnent la planification et l'organisation des services, ainsi que l'allocation des ressources dans leur région respective.

Conformément aux fonctions qui leur sont confiées par la loi, les établissements de santé et de services sociaux dispensent les services directs à la population selon la nature de ces services et le type de patientes et de patients à qui ils s'adressent.

La Régie de l'assurance maladie du Québec administre le régime d'assurance maladie, le programme d'assistance maladie et le régime général d'assurance médicaments ainsi que tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie.

L'Office des personnes handicapées du Québec est avant tout un organisme de promotion des intérêts des personnes handicapées et ses actions sont axées en priorité vers leurs besoins collectifs. L'Office s'assure de la cohérence, de la complémentarité et de l'harmonisation des interventions à l'égard des personnes handicapées, et ce, de concert avec les ministères et les organismes en cause.

Les normes et les pratiques de gestion

Un des dossiers majeurs pour l'année 1998-1999, sur le plan des activités reliées aux normes et aux pratiques de gestion, a constitué à concevoir un programme de remise en état des services de santé et des services sociaux à la suite de la tempête de verglas de janvier 1998.

Ce programme a fait l'objet de nombreuses discussions avec le Secrétariat aux Affaires intergouvernementales canadiennes, le ministère de la Sécurité publique et le Conseil du trésor; il a donné lieu également à des négociations avec des membres du gouvernement fédéral. Le programme permettra au Québec de récupérer une somme d'environ 21M $ du gouvernement fédéral, qui s'ajoutera aux 32M $ devant être

récupérés pour combler les coûts encourus par les établissements du réseau à l'occasion de cette crise.

Il reste maintenant à compenser les établissements et les régies régionales pour les dépenses qu'ils ont effectuées au cours de l'exercice 1998-1999, et à satisfaire aux demandes éventuelles des vérificateurs du gouvernement fédéral.

Le Ministère a également conçu des outils permettant d'évaluer la totalité des coûts d'opérations et d'immobilisations reliés au passage à l'an 2000, et ce, pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. Cette évaluation permettra, quant à elle, de préciser les effets de ces coûts sur les résultats financiers, principalement des établissements du réseau, et de répondre à différentes questions en provenance notamment d'organismes centraux.

Il revient au Ministère de prescrire le contenu et la forme des rapports statistiques devant être produits annuellement par les établissements du réseau. En vertu de ce mandat, le Ministère a procédé à la révision de ces rapports et il a travaillé à préparer une version électronique de ceux-ci, lesquels sont maintenant plus facile de compléter; leur manipulation est réduite, les données sont davantage fiables et elles sont accessibles plus rapidement.

Le Ministère a aussi la responsabilité de prescrire la forme et le contenu du rapport financier annuel et du rapport annuel d'activités des établissements et des organismes qu'il subventionne. Il a assumé, pour la première fois cette année, cette responsabilité à l'égard de deux nouveaux organismes, soit Héma-Québec et l'Institut national de santé publique du Québec.

La détermination du contenu de tous les rapports devant être produits au Ministère, principalement par les établissements et les régies régionales de la santé et des services sociaux, est encadrée par un manuel de gestion financière et par des directives appelées « circulaires ». Au cours de la dernière année, le Ministère a travaillé à simplifier la tâche des établissements à missions multiples — par exemple, les établissements exploitant à la fois une mission CH, CHSLD et CLSC —, de façon à faciliter leur mode de comptabilisation et la production de leurs différents rapports annuels.

Il a, en outre, instauré des moyens permettant d'obtenir, en ce qui a trait aux CLSC, des renseignements financiers par programme/clientèle au sujet des circulaires; les efforts entrepris les années précédentes pour en réduire le nombre ont été complétés et ils ont donné des résultats très satisfaisants. Ces circulaires sont maintenant disponibles sur un site Internet, ce qui facilite leur consultation et permet une diffusion plus rapide et moins coûteuse.

Par ailleurs, les normes et pratiques de gestion en vigueur ont fait l'objet de sessions de formation en 1998-1999. L'ensemble des régies régionales, et au-delà de 220 personnes travaillant comme vérificatrices et vérificateurs externes dans le réseau, ont été rejointes par ces sessions.

Enfin, en vertu du pouvoir conféré à la ministre par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, plusieurs vérifications ministérielles ont été effectuées. Ces vérifications ont permis d'adresser aux autorités visées les recommandations appropriées quant aux correctifs à apporter pour se conformer à la loi, aux règlements ou aux directives ministérielles en vigueur.

Le système budgétaire et financier

En matière de gestion budgétaire et financière du réseau, soulignons notamment, pour l'année 1998-1999, la révision de l'ensemble du cadre de gestion des autorisations d'emprunts temporaires du réseau. À cet effet, il faut rappeler que la Ministre détermine les cas, les conditions et les circonstances suivant lesquels une régie régionale de la santé et des services sociaux peut autoriser un établissement à emprunter pour le paiement de ses dépenses courantes de fonctionnement ou de ses dépenses en immobilisations.

L'évolution de la situation financière des établissements a nécessité de revoir et de faire autoriser par le Conseil du trésor un nouveau cadre de gestion des emprunts temporaires de fonctionnement, ce qui a permis d'ajuster les montants d'emprunts pouvant être autorisés par une régie régionale, d'édicter les nouvelles règles afférentes et d'établir des exigences plus rigoureuses quant au suivi des emprunts autorisés et contractés.

L'année qui s'est écoulée a aussi permis de renouveler l'entente cadre avec l'Association des établissements privés conventionnés de santé et de services sociaux (APEC). Cette entente comporte ceci de nouveau qu'elle confie aux régies régionales, plutôt qu'au Ministère, la responsabilité des interventions et des négociations avec les établissements privés conventionnés. Ainsi, les interventions ministérielles se limiteront dorénavant à des situations exceptionnelles.

Sur un autre plan, des améliorations ont été apportées, en 1998-1999, au système budgétaire et financier qui sert conjointement aux régies régionales et au Ministère pour l'approbation des budgets des établissements, le versement des subventions et le suivi de la situation financière ainsi que celui des emprunts. Elles ont consisté à adapter le système à l'évolution des exigences de la budgétisation et du

suivi budgétaire du réseau. Ces ajustements ont touché principalement les modules de la gestion des enveloppes régionales de crédits, du suivi financier et du contrôle des autorisations d'emprunts accordées aux établissements.

En outre, le Ministère a poursuivi, en collaboration avec les régies régionales, ses démarches pour procéder à l'installation d'une version plus moderne du logiciel qui assure le fonctionnement de ce système. Au 31 mars 1999, onze des dix-sept régies régionales de la santé et des services sociaux avaient effectué ce passage technologique.

Les opérations budgétaires

Tout en assumant et en accentuant son rôle d'orienteur, le Ministère a intensifié son soutien aux régies régionales pour accroître l'efficacité de la budgétisation et du suivi des crédits régionaux.

Il a principalement axé ses actions sur la mise à niveau des procédures relatives à l'application du cycle budgétaire, tant ce qui a trait à la révision des programmes et aux engagements budgétaires qu'en ce qui regarde la confection et l'affectation des enveloppes régionales de crédits; ce qui permet, notamment de développer un meilleur synchronisme des opérations entre le Ministère et le réseau.

De plus, la nouvelle entente conclue avec l'Association des établissements privés conventionnés de santé et de services sociaux a amené le Ministère à prévoir ses effets sur le plan financier pour, ensuite, en informer les régies régionales afin qu'elles soient en mesure d'allouer adéquatement les ressources aux établissements en cause.

En vertu enfin de son rôle de vigie, le Ministère a la responsabilité d'établir le budget de fonctionnement des régies régionales et de certains établissements desservant les communautés autochtones, tout en s'assurant qu'il soit respecté par un suivi budgétaire approprié et par l'analyse financière de la reddition de comptes, à l'intérieur des procédures annuelles de fin d'exercice.

6.3. La construction

Au cours du dernier exercice financier, le Ministère a poursuivi la mise en place du cadre de référence (débuté au printemps 1998, dans la région de l'Estrie) destiné à la confection d'un plan directeur immobilier régional (PDIR) qui doit être présenté pour approbation au comité directeur MSSS-Régies, à l'automne 1999.

Cependant, à la suite de l'incendie survenu en décembre 1998 à l'Hôtel-Dieu de Roberval et pour satisfaire au désir de l'établissement (qui regroupe 3 installations) de rebâtir l'hôpital selon des concepts mieux adaptés à ses besoins actuels, le Ministère a jugé bon de développer un PDIR pour tout le territoire de cette MRC. Le projet étant un deuxième site-pilote, l'expertise quant à la définition des besoins s'avère plus concluante; le projet permet également de concevoir et de mettre en place des outils de développement et d'évaluation de scénario très performants.

En raison de l'intérêt manifesté par les régies régionales et de l'urgent besoin de soutenir certains choix immobiliers, la démarche de planification du parc immobilier régional s'est étendue aux régions du Bas-Saint-Laurent et de Québec.

Le Ministère a exercé son rôle de conseiller et d'orienteur auprès du réseau en menant des études de faisabilité, des analyses de programmes fonctionnels et techniques, de plans et devis, ainsi qu'en effectuant de nombreuses expertises techniques : il a publié notamment les rapports, *Maladie de Creutzfeld-Jakob* et la *Gestion de l'instrumentation médicale*, rédigés par le Comité provincial sur la stérilisation, placé sous la responsabilité du Service de l'expertise, normalisation et contrats. Ce service assume également la rédaction des documents contractuels normalisés ainsi que celle des contrats reliés aux projets de construction relevant de la juridiction du Ministère.

Une des importantes réalisation du Ministère — par l'entremise de la Corporation d'hébergement du Québec —, demeure la construction de 11 centres d'hébergement et de soins de longue durée dans les régions périphériques de Montréal, dans l'Outaouais et au Saguenay-Lac-St-Jean. Ces projets ont été réalisés à l'intérieur d'un délai de 12 mois.

Enfin, le Ministère a contribué à la mise en œuvre de divers projets centralisés d'immobilisation en amorçant la mise à l'étude de 34 nouveaux projets de construction d'une valeur de 309 000 000 $. À la fin de l'année financière 1998-1999, un total de 202 projets évalués à 1 600 000 000 $ étaient en voie de réalisation.

6.4. Les services aux communautés culturelles et l'accès aux services en langue anglaise

La Loi sur les services de santé et les services sociaux précise que les personnes d'expression anglaise ont le droit de recevoir, sous certaines conditions, les services de santé et les services sociaux en langue anglaise. Une de ces conditions est que ces services soient indiqués dans les programmes d'accès préparés par les régies régionales, travail qui s'est effectué en 1995 et 1996. Les nombreux changements survenus entre le dépôt des projets de programmes et leur présentation ont nécessité toutefois la mise à jour de ces programmes. Les régies régionales ont procédé à une révision des programmes d'accès qui tient compte

de la transformation de l'organisation des services et du très grand nombre de départs de membres du personnel du réseau. Le Ministère a soutenu les régies régionales pendant cette démarche afin que les programmes reflètent le nouveau contexte, tout en s'assurant que l'accessibilité aux services en langue anglaise soit maintenue.

Quant aux services pour les membres des communautés culturelles, le Ministère continue d'assurer le financement d'activités particulières à leur intention, telles la coordination interrégionale de banques d'interprètes, la traduction de documents et le soutien aux organismes travaillant auprès de ces communautés.

6.5. La coordination des affaires autochtones

En 1998-1999, l'unité de coordination des affaires autochtones a poursuivi son mandat de représentation auprès du Secrétariat aux affaires autochtones, des autres ministères et organismes, de l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador, et du gouvernement fédéral. Les activités liées aux négociations avec les nations et les communautés autochtones pour les questions se rapportant à l'organisation des services de santé et des services sociaux ont toutefois constitué la priorité.

À la suite des pourparlers avec les négociateurs de la nation naskapie sur la mise à jour du chapitre X de la Convention du Nord-Est québécois, le processus de validation et de ratification s'est poursuivi auprès des différentes instances en cause. Des discussions se sont tenues avec les Cris relativement à l'encadrement de l'offre de services et de son financement.

Au cours de l'année, le Ministère a également participé aux travaux de la Table centrale de négociations globales avec les conseils tribaux montagnais en émettant des avis sur les questions relevant de sa compétence.

Par ailleurs, la signature d'une entente administrative entre la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie et les instances du Centre Kateri Memorial de Kahnawake a mis fin aux travaux entrepris, en 1997-1998, par le Ministère et les personnes qui représentaient les Mohawks de cette communauté.

Le Ministère a négocié et signé une entente avec le ministère de la Justice du Québec, le gouvernement du Canada et le Conseil de la Nation Atikamekw quant au projet-pilote relatif à l'implantation d'un système d'intervention d'autorité Atikamekw lié à la Loi sur les jeunes contrevenants et à la Loi sur le protection de la jeunesse.

6.6. Les relations intergouvernementales

Pendant la dernière année, le Service des relations intergouvernementales a préparé des activités à plusieurs volets. Ainsi, conformément aux décisions gouvernementales et ministérielles, le service a coordonné la participation du Ministère aux activités multilatérales sur la scène canadienne, ce qui l'a amené à collaborer aux travaux entourant la participation du ministre, Jean Rochon, à deux conférences et celle d'un représentant de la sous-ministre à cinq conférences.

En collaboration avec le Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes et les directions générales au sein du Ministère, le service a également coordonné la participation de représentantes et de représentants du Ministère à près d'une quarantaine de forums ou groupes de travail multilatéraux dans les domaines de la santé, des services sociaux et de la justice applicable aux jeunes, cette participation étant motivée par les avantages scientifiques ou stratégiques que le Ministère est susceptible de retirer de ce type d'activités.

Le service a été sollicité de façon intensive, en 1998-1999, par le dossier des personnes infectées par le virus de l'hépatite C, particulièrement celles infectées entre le 1er janvier 1986 et le 1er juillet 1990. En effet, en collaboration avec quelques autres ministères québécois (Justice, Solidarité sociale, Finances), le Ministère s'est grandement investi dans les négociations menées entre le gouvernement fédéral, les gouvernements des provinces et des territoires, et les procureurs des personnes en cause, afin d'en arriver à un règlement des différents recours collectifs intentés par ces dernières.

Finalement, le service a participé à de multiples discussions portant sur le renouvellement ou l'interprétation d'ententes fédérales-provinciales déjà en vigueur, notamment l'entente sur les jeunes contrevenants et celle sur le traitement et la réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie. La négociation avec le gouvernement fédéral de l'entente sur l'aide à l'employabilité des personnes handicapées (AEPH) a été conclue le 25 mars 1999.

6.7. Les services au personnel

Au cours de la dernière année, la Direction des services au personnel a été amenée à fournir conseil et soutien aux gens du Ministère à l'intérieur de plusieurs dossiers reliés au changement organisationnel. La direction a particulièrement appuyé la démarche de changement ministériel, le transfert d'activités et de ressources vers d'autres ministères et organismes, et la mise en place d'une unité administrative destinée à faciliter le passage à l'an 2000.

La direction a amorcé une réflexion sur l'organisation de ses services qui devrait se traduire par la mise en place, dans les prochains mois, d'un nouveau mode de fonctionnement axé sur le service au personnel.

La dotation

En 1998-1999, les activités du Service de la dotation ont porté particulièrement sur les services-conseils aux gestionnaires quant à l'utilisation maximale de leur personnel, à la consolidation des équipes de travail et au calibrage des emplois.

Le service a été associé de près à des dossiers d'actualité, telles la mise sur pied du Service de lutte au tabagisme et la création de la Direction générale de l'adaptation à l'an 2000.

Il a, de plus, été sollicité par quelques directions générales pour revoir l'organisation du travail en raison de l'effet des départs à la retraite. Ce travail a été exécuté à l'intérieur des « Mesures de gestion visant à faciliter la gestion du personnel excédentaire et le renouvellement des ressources humaines dans la fonction publique ».

Enfin, le service a collaboré à certaines consultations menées par des organismes centraux relativement aux modifications à apporter à la réglementation en matière de gestion des ressources humaines, ainsi qu'à la mise en place de la nouvelle classification des emplois dans la fonction publique.

Les relations de travail

L'adoption, par le Conseil du trésor, des mesures de gestion visant à faciliter la gestion du personnel excédentaire et le renouvellement des ressources humaines dans la fonction publique a permis à neuf personnes de quitter le Ministère pour la retraite, le 31 mars 1999.

Le régime ministériel d'aménagement du temps de travail a suscité 92 adhésions au cours de l'année financière 1998-1999. Le Comité ministériel sur l'organisation du travail (CMOT) a poursuivi ses travaux pendant l'année. Plusieurs sujets ont été traités. Mentionnons, entres autres, le budget 1998-1999, le transfert d'effectifs à d'autres organismes, le projet d'entreprise.

Quant au dossier santé et sécurité du travail, le comité régional s'est réuni régulièrement pour poursuivre sa réflexion et ses interventions en matière de prévention et d'amélioration des conditions de travail. C'est d'ailleurs dans cette optique qu'un sondage sur la qualité de l'air dans les édifices le Mil Cinq et le Catherine-De-Longpré a été effectué auprès de l'ensemble du personnel.

Le développement des ressources humaines

Pour favoriser le développement et la formation de son personnel, le Ministère a investi en coûts directs et indirects la somme de 279 743,73 $. Cette somme inclut la participation du personnel à des activités ministérielles de formation et à des colloques. En vertu de la loi 90, les dépenses admissibles représentent un investissement totalisant 365 998,53 $, soit 1,48 % de la masse salariale. Cette année encore, les dépenses reliées au domaine technologique ont occupé une place prédominante. En effet, 523 personnes ont suivi des cours de formation en bureautique, alors que 155 ont pris part à des activités dans d'autres champs d'intervention.

Le Service du développement a été mis à contribution dans la mise en œuvre du changement organisationnel, notamment dans la définition de nouvelles lignes directrices et de stratégies visant la mobilisation et la participation du personnel. De plus, afin de soutenir les gestionnaires dans l'exercice de leurs responsabilités, le service a entrepris de développer un site Intranet, « ressources humaines » qui devrait être disponible à l'automne 1999.

Enfin, de nombreuses activités touchant la santé et la sécurité, la retraite, les programmes de prévention et de sensibilisation, ont été organisées. De plus, le Ministère a maintenu son soutien financier aux personnes qui désiraient poursuivre leur développement personnel de carrière.

Le programme d'aide aux employées et employés

Le programme d'aide aux employées et employés (PAE), dans sa forme actuelle, a maintenant onze ans au Ministère. De type multi-volets, il se préoccupe de l'ensemble des problèmes personnels liés au travail ou à la vie privée. Au cours de la dernière année, 92 personnes ont fait appel aux services du PAE. Il y a eu 485 consultations ou interventions d'aide individuelle et 438,83 heures y ont été consacrées.

À l'occasion d'activités de prévention et de promotion de la santé et du bien-être, l'ensemble du personnel a pu bénéficier de plusieurs conférences abordant différents thèmes de la vie courante, plus précisément la santé mentale, la communication, la fatigue ou l'épuisement, la toxicomanie ainsi que l'adaptation à divers changements. La direction prévoit procéder à une révision en profondeur de ce programme au cours de la prochaine année.

6.8. Les ressources matérielles

La Direction des ressources matérielles du Ministère a la responsabilité de coordonner l'application

des politiques gouvernementales en matière de ressources matérielles. Elle doit fournir des services de qualité au meilleur coût possible pour tout ce qui touche la gestion des espaces, les télécommunications, les équipements, l'approvisionnement et le courrier.

Au cours de l'exercice financier 1998-1999, la direction a poursuivi la rationalisation des espaces en installant la salle de courrier dans l'ancienne cuisine de la cafétéria; le Service de la documentation a été réinstallé au cinquième étage de l'édifice Catherine-De Longpré. Cette opération a permis de libérer en totalité l'édifice Cambrai , soit 2 665 m^2

En contrepartie, afin de favoriser le regroupement des organismes relevant du Ministère, la direction a loué 380 m^2 (94 555 $) au 930 chemin Sainte-Foy. En décembre 1998, elle a dû installer un espace de 832,68 m^2 pour loger la Direction générale de l'adaptation à l'an 2000, au coût de location annuel de 191 574,60 $.

Enfin, l'équipe de la gestion des espaces a traité 2 519 demandes de services liées aux installations matérielles, au fonctionnement des installations et au prêt de matériel audiovisuel, soit une augmentation de 32 % comparativement à l'an passé.

Le Service de l'approvisionnement et des services a traité, au cours de l'année, 1 760 réquisitions à l'entrepôt et il a émis 3 280 commandes à différents fournisseurs pour répondre aux besoins des unités administratives du Ministère.

6.9. La gestion des ententes fédérales-provinciales

Pendant l'exercice financier 1998-1999, le Ministère a continué d'assumer la responsabilité, au nom du gouvernement du Québec, de la gestion des ententes à frais partagés liées au domaine des services sociaux. Les réclamations annuelles suivantes ont été présentées au gouvernement fédéral et devraient donner lieu à des droits de remboursement correspondant à 50 % du coût des programmes admissibles. La contribution fédérale demandée apparaît dans la colonne de droite[1] :

— le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC 1995-1996) 3 118 211 901 $

— la Loi sur les jeunes contrevenants (LJC 1995-1996) 28 523 266 $

— la Loi sur la réadaptation professionnelle des personnes handicapées (LRPPH 1995-1996) 32 232 799 $(2)

— l'accord sur le traitement et la réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie (TRAT 1996-1997) (3)

— l'entente sur l'accessibilité des services sociaux et de santé, dans leur langue, aux personnes d'expression anglaise (ASA 1997-1998) 349 763 $

En remplacement du RAPC, le gouvernement fédéral a instauré, à partir du 1er avril 1996, le programme de Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) en vertu duquel les provinces n'ont plus à produire de réclamations pour recevoir les contributions fédérales. Le processus de fermeture de l'entente du RAPC, qui a débuté en avril 1996, se poursuivra jusqu'au 31 mars de l'an 2000, date d'abrogation du RAPC.

Par ailleurs, des discussions se sont poursuivies pour le renouvellement des ententes TRAT, LRPPH et LJC.

L'entente TRAT, qui a pris fin le 31 mars 1997, est présentement en processus de renouvellement entre le gouvernement fédéral et le gouvernement du Québec et donnera lieu à une entente qui couvrira la période du 1er avril 1997 au 31 mars 2001.

L'entente transitoire LRPPH 1996-1998 s'est terminée le 31 mars 1998. Elle a été remplacée par l'entente sur l'aide à l'employabilité des personnes handicapées (AEPH), qui prendra fin le 31 mars 2003.

L'entente LJC, quant à elle, donne lieu à des renouvellements annuels d'ententes transitoires depuis le 1er avril 1996.

6.10. Le réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS)

Au cours du dernier exercice financier, trois éléments majeurs ont été associés au démarrage du projet RTSS : la planification de la mise en place du réseau, le début du branchement des sites et la gestion du réseau.

La tournée des régions, au printemps 98, a permis de déterminer les besoins actuels et futurs des établissements de santé et de services sociaux en matière de télécommunications, et de préciser lesquels de ces besoins nécessitaient d'urgence l'installation d'environ 150 sites en mode « pré-RTSS ». La compilation des informations, effectuée à l'été 98, a conduit à la préparation des « Plans de déploiement régionaux ». Au total, 16 de ces plans ont été déposés et approuvés; des travaux ont été amorcés pour les sites du MSSS, de la RAMQ et de l'OPHQ.

1 Les montants définitifs de la contribution fédérale pourraient varier sensiblement en fonction des règlements financiers encore à venir dans le dossier du RAPC et de la LRPPH.

2 Montant additionnel au montant de 35 376 000 $ présenté au rapport annuel 1997-1998.

3 L'entente TRAT n'ayant pas encore été signée, les réclamations seront présentées ultérieurement.

La phase d'installation, qui a débuté en septembre 98, se déroule rondement. Ainsi, le Technocentre provincial, de même que 17 Technocentres régionaux sont opérationnels, tandis qu'environ 400 sites (soit 25 % du total prévu) ont été branchés (en date du 8 avril 1999) et que la majorité des sites de Télécardiologie pédiatrique sont en mesure de fonctionner.

Afin d'assurer une gestion efficace de ce vaste réseau, un cadre de gestion des télécommunications, à l'intention des technocentres provincial et régionaux, a été diffusé. Il couvre l'ensemble des procédures nécessaires à la gestion du RTSS, soit les mécanismes d'urgence à mettre en place s'il survient une perte de service, les mécanismes d'entretien, etc.

Par ailleurs, les travaux portant sur la sécurité, autre volet important du RTSS, ont abouti à la préparation et à la diffusion d'une politique intérimaire de sécurité. Ils ont également permis d'émettre des exigences minimales de sécurité au moment du branchement des sites et de donner l'aval à la création du Comité Permanent provincial sur la sécurité (CPPS).

Plus d'une vingtaine d'applications transiteront par le RTSS dont les premières, outre la Télécardiologie, seront Lotus-Notes, Intégration-CLSC et SICHELD. Le Comité des applications a étudié l'ensemble des applications afin d'assurer leur intégration harmonieuse au RTSS. Les travaux du comité portent sur le processus d'accueil des applications, la définition des conditions d'intégration et la mise sur pied d'un centre de certification des applications afin de garantir, entre autres, la sécurité et la performance.

Plusieurs actions ont été entreprises à l'intérieur des volets « communication » et « gestion du changement », par exemple : la création d'un intranet destiné à soutenir les personnes qui coordonnent le RTSS en région et d'un site WEB vivant à informer le grand public; la participation à des colloques et à des événements spécialisés, la diffusion d'un dépliant, etc. D'autres initiatives prévoient l'envoi d'une lettre de liaison aux gestionnaires des établissements ainsi que l'amorce d'une étude d'impacts du RTSS.

Au cours de la prochaine année, on prévoit terminer le branchement des sites au RTSS qui desservira alors plus de 500 établissements de santé et de services sociaux, les régies régionales, la RAMQ, l'OPHQ, le Ministère et les organismes relevant de la ministre.

6.11. Les ressources informationnelles du secteur sociosanitaire

La préparation du plan stratégique a permis de donner priorité à certains projets et de préciser les lignes directrices en matière de technologies de l'information pour le secteur sociosanitaire. Ainsi, au moins 24 projets d'intérêt commun à l'ensemble du réseau ont été définis. Leur réalisation nécessitant cependant la mise en place d'actions préalables, on a donc privilégié les projets d'infrastructure comme la mise en place du réseau de télécommunications sociosanitaire, le déploiement du réseau de télémédecine, le déploiement des technocentres et de l'intranet sociosanitaire (Lotus Notes) et les mandats entourant le projet de carte santé.

Soulignons également l'implantation des infocentres régionaux et des banques d'identifiants et référentiels : système d'information pour la gestion des permis d'établissements, identifiant universel, index patient unique, référentiel territorial.

Par ailleurs, d'autres projets ont été retenus pour financement en 1998-1999. Parmi les principaux projets, notons :

— Le projet Intégration CLSC qui intègre notamment les systèmes d'information sur les usagères et les usagers, et sur la gestion de la vaccination.

— Le projet Intégration jeunesse (PIJ) qui vise l'intégration des interventions afin de mettre à la disposition des personnes qui travaillent dans le domaine un profil complet et dynamique de chaque jeune pris en charge.

— Le système d'information sur les patientes et les patients en centre d'hébergement et de soins de longue durée (SICHELD), qui procure aux intervenantes et aux intervenants des données susceptibles de les aider dans leurs tâches journalières, telle la préparation des plans des soins et des services qui doivent être fournis quotidiennement aux gens dont ils ont la charge.

— Le système d'information pour la gestion des services d'urgence (SIURGE), qui vise à assister la gestion opérationnelle et le monitorage des services d'urgence des divers milieux hospitaliers québécois. Il intègre les dimensions opérationnelle, administrative et organisationnelle en vue de planifier et de coordonner l'organisation territoriale des services d'urgence.

— Le système d'information des ressources de type familial (SIRTF), qui permettra aux établissements et aux régies régionales de répondre plus rapidement aux besoins des usagères et des usagers; il leur fournira aussi une meilleure information quant à l'adéquation ressources-besoins.

— Le système d'information du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (SIPQDCS), qui soutient la réalisation des activités locales, régionales et provinciales liées à la gestion, à l'application et à l'évaluation dudit programme.

— Le système de support à la pratique jeunesse (SSPJ), qui permettra aux spécialistes d'avoir accès à l'expertise nécessaire et d'obtenir des avis sur la façon d'aborder les situations quotidiennes auxquelles ils sont confrontés et sur les décisions qu'ils doivent adopter.

— Le système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance (SIIATH), qui soutiendra les activités transfusionnelles et d'hémovigilance au sein des centres hospitaliers ainsi qu'auprès des intervenantes et des intervenants en santé publique; il couvrira les besoins fondamentaux en matière de gestion des produits sanguins.

— Le système InfoSanté qui favorisera la mise à jour des protocoles infirmiers déjà en application.

— Le système d'information pour la clientèle en déficience physique (SICDP), qui aidera notamment à assurer un meilleur suivi de l'évolution fonctionnelle des usagères et des usagers, pour une population donnée, pour un établissement ou pour un ensemble de sites.

— Le système d'information en santé mentale (SISM), qui offrira des outils visant à faciliter la gestion en réseau du plan de services de l'usagère et de l'usager, quel que soit ce service ou l'établissement qui le fournit.

— Le système d'information pour la programmation régionale en services ambulatoires (SIPRSA), qui a pour but de soutenir le programme régional de services ambulatoires spécialisés de courte durée de la région de Laval. Ce système, qui permet aussi de démontrer l'efficacité de systèmes et de technologies québécois dans un environnement, est un projet d'expérimentation en plusieurs volets du système de carte santé.

Le Ministère a consacré près de 29 millions $ aux projets liés aux technologies de l'information à partir du Plan Triennal des Immobilisations (PTI) pour 1998-1999, et ce, pour la période se terminant le 31 mars 1999.

6.12. Les ressources informationnelles du Ministère

En ce qui a trait à l'infrastructure technologique, au développement et à l'entretien du parc technologique et des systèmes ministériels, l'année 1998-1999 a donné lieu principalement aux réalisations suivantes :

— Le passage de tous les micro-ordinateurs à une plate-forme minimale Pentium.

— Le démarrage de l'adaptation de l'infrastructure technologique au passage à l'an 2000.

— La migration de tous les postes de travail à la suite bureautique Office 97.

— La mise en place d'un atelier de développement d'application en Visual Basic.

— L'aménagement sur le réseau étendu ministériel de nouveaux sites physiques (7 nouveaux sites).

— L'analyse des besoins de télécommunications ministériels et la planification du déploiement du réseau de télécommunications RTSS au Ministère.

— L'installation d'un antivirus sur tous les postes de travail du Ministère.

— Les essais techniques d'infrastructure pour la migration de l'Intranet ministériel sur NOTES.

— L'analyse et le choix de matériels et de logiciels permettant la prise de copies de sécurité des espaces-disque locaux des postes de travail individuels.

— L'installations de nouveaux serveurs NOTES pour fins de diffusion d'information sur Internet.

— La maintenance et l'entretien du parc technologique (1100 postes de travail, une centaine de serveurs, 3 mini-ordinateurs composant le réseau étendu ministériel), ainsi que de divers liens de communication reliant ce dernier au Réseau de la santé, par l'entremise de la SOGIQUE, et au Conseil du trésor (DGSIG).

— La définition et le début de réalisation d'un Intranet ministériel avec le collecticiel Lotus Notes, et le maintien du site Internet ministériel .

— La mise en place d'un laboratoire de services spécialisés en technologie de l'information pour les gens du Ministère.

— La fin des travaux de conversion des systèmes ministériels au passage à l'an 2000, incluant l'étape de certification, la production de la documentation requise, la définition et la mise en place d'un plan de contingence, la production du Bilan du projet et la réalisation des travaux d'adaptation nécessaires .

— La gestion, l'exploitation, la diffusion, l'entretien, l'amélioration, la correction des dysfonctionnements des systèmes existants et des banques de données disponibles.

— La poursuite du développement des systèmes ou l'acquisition de nouveaux systèmes et de nouvelles banques de données destinés à soutenir la mission et les opérations du Ministère.

— La réorganisation du travail au Service de l'Infocentre qui, depuis le 1er avril 1998, regroupe les activités de diffusion des données et celles reliées au développement des systèmes.

6.13. La coopération internationale

Coopération bilatérale

Au cours de la dernière année, le Service de la coopération internationale a collaboré à l'organisation de dix missions du Québec en France portant sur les technologies de l'information, la régionalisation des services, les indicateurs sociosanitaires, les services aux personnes âgées, la santé mentale, la toxicomanie, la santé des adolescentes et des adolescents et l'économie de la santé.

Par ailleurs, il a participé à l'accueil de treize missions françaises au Québec axées sur la toxicomanie, la santé, l'agrément des hôpitaux, l'éthique, les réformes sociosanitaires, l'organisation des services et la réduction des dépenses, de même que sur les technologies de l'information. De plus, dans le contexte du programme d'échanges de fonctionnaires France/Québec, le Ministère a reçu et encadré le stage de 6 mois en toxicomanie effectué par madame Marie-Josephte Violette. Enfin, le Ministère a reçu le secrétaire d'état à la Santé de France, monsieur Bernard Kouchner. Les éléments touchant la planification et l'organisation des services, la régionalisation, le programme d'assurance médicaments, les banques de données et les technologies de l'information (ex. : télé médecine) ont particulièrement retenu son attention.

Le service a collaboré à l'organisation d'une mission en Catalogne menée par le Conseil d'évaluation des technologies de la santé, en mars 1998.

Le service a collaboré à la rencontre de la Commission Québec-Viêt Nam qui s'est tenue à Québec, en juin 1998. Les domaines plus précis de coopération sont le développement des vaccins, la gestion hospitalière et la mise en place d'une régie d'assurance maladie au Viêt Nam. À cet effet, le service a participé à une mission au Viêt Nam, en septembre 1998, et il a collaboré à la réalisation de la mission de la RAMQ à Hanoï, en mars 1999.

Coopération multilatérale

Du côté de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Ministère a participé à l'assemblée annuelle de mai 1998, à Genève, de même qu'à celle de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), en septembre 1998, à Washington.

Le service a aussi collaboré à l'accueil de médecins résidents en santé internationale et de deux boursiers, financièrement soutenus par l'OMS et l'OPS.

En ce qui a trait à la Communauté européenne, le Service de coopération internationale a été associé aux travaux du projet NETLINK sur la carte à microprocesseur, auxquels participent la France, l'Allemagne, l'Italie et le Québec. La Commission d'accès à l'information, la RAMQ et Motus Technologies sont les représentants québécois dans ce dossier.

Le service a apporté son soutien au Réseau francophone international pour la promotion de la santé (REFIPS). Créé en 1991, l'organisme regroupe 31 pays et son secrétariat est situé à Montréal.

Promotion et diffusion du savoir-faire

Le Service de la coopération internationale a collaboré à l'accueil de 35 missions provenant de différentes régions du monde, 7 d'Amérique, 18 d'Europe, 6 d'Afrique, et 4 d'Asie et d'Océanie. De plus, il a participé à l'organisation de 6 missions à l'extérieur du Québec dont 2 en Amérique latine, 3 en Europe et 1 en Afrique; ces missions ont été menées en dehors des limites de la coopération bilatérale et multilatérale.

Le service a également été associé à la nomination et à l'envoi de spécialistes en Tunisie par la Banque mondiale pour les systèmes d'information.

Le Ministère a apporté son soutien à l'organisation d'une mission qui s'est déroulée, en février 1999, en Équateur et en Bolivie sur le système sociosanitaire québécois et les services de 1re ligne.

De plus, il a participé, en mars 1999, à une mission au Brésil dans l'État de Goiãs. Il a également reçu le sous-ministre de la santé de

6.14. Le partenariat économique

Créé en juillet 1997 et rattaché à la Direction générale du budget, de l'administration et des immobilisations depuis janvier 1999, le Bureau du partenariat économique est issu de la volonté ministérielle de faire reconnaître le secteur public de la santé et des services sociaux comme un véritable outil de développement économique du Québec. Pour le milieu des affaires, et notamment les industries de la santé, il constitue l'interlocuteur ministériel avec lequel ils peuvent s'entretenir directement.

En ce qui a trait aux investisseurs, le bureau a accueilli et orienté, pendant sa première année complète d'opération, plus de 58 entreprises des industries de la santé, telles l'industrie pharmaceutique, l'industrie des biotechnologies, l'industrie du matériel médical, l'industrie des technologies de l'information et l'industrie des services.

Sur le plan gouvernemental, le bureau a siégé au Comité sur le partenariat créé par le secrétaire général du gouvernement et présidé par le secrétaire du Conseil du trésor. Ce comité, qui a émis son rapport et ses recommandations en septembre 1998, avait pour mandat de faire le point sur les expériences de partenariat public et privé au Québec et ailleurs, en vue de propo-

ser au gouvernement, le cas échéant, de nouvelles possibilités. Le bureau a également participé aux travaux du Groupe de travail sur les opportunités de développement économique liées aux marchés publics, dont le rapport a été produit en juin 1998 et dont les recommandations ont été adoptées par le Comité interministériel de coordination des projets économiques.

Sur le plan international, le bureau a participé à des missions économiques en France, aux Etats-Unis, au Zimbabwe et au Brésil. Plus particulièrement, il a mis sur pied le Comité de coordination du projet Brésil, composé de représentantes et de représentants du Ministère, du Ministère de l'Industrie et du Commerce, du Ministère des Relations internationales, du Ministère du Conseil exécutif, de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, et de l'Institut de réadaptation de Montréal. Ce comité veille aux orientations et au fonctionnement du projet de coopération commerciale et institutionnelle avec le Brésil, à l'intérieur duquel le bureau a assuré sa représentation à l'occasion de la mission d'Équipe Canada en Amérique du Sud, en janvier 1998. Le Québec participait à cette mission au cours de laquelle le gouvernement du Québec a signé une lettre d'intention avec la Confédération des Santas Casas de la Miséricorde du Brésil (CMB). Ledit comité a également coordonné la visite de représentantes et de représentants de la CMB au Québec, en avril 1998, de même que la mission institutionnelle et commerciale qui s'est déroulée en juin 1998, à Sao Paulo, à l'occasion de la foire commerciale HOSPITALAR 98.

En ce qui a trait aux accords de coopération, le bureau a conclu, au cours de 1998-1999, deux ententes de partenariat en vue de la création de vitrines technologiques dans les établissements du réseau. Ainsi, en vertu d'un protocole d'entente signé le 23 septembre 1998, Electromed International limitée utilisera la salle bi-plan de l'Hôpital Laval en hémodynamie, comme son site de référence mondial pour ce qui est du contrôle et de l'archivage numérique unifiés des données angiographiques et hémodynamiques des deux plans radiologiques. En vertu de ce même protocole, en collaboration avec l'Institut de cardiologie de Montréal, l'entreprise développera et exploitera un réseau de communication et de transmission d'images cardio-angiographiques par voie électronique entre l'Institut et ses centres référents. Par ailleurs, selon un protocole d'entente intervenu le 11 août 1998, les centres hospitaliers universitaires et Cifra médical inc. déploieront la technologie en télémédecine de Cifra dans les limites de leur réseau respectif d'établissements pédiatriques, créant ainsi un réseau expérimental de télémédecine et une vitrine pour cette technologie.

7. L'adaptation à l'an 2000

En octobre 1998, le Ministère créait, sous l'autorité immédiate de la sous-ministre, la Direction générale de l'adaptation à l'an 2000 (DGAA 2000), afin de s'assurer que le réseau de la santé et des services sociaux franchisse le cap de l'an 200 sans problème. Le Ministère décidait ainsi d'intensifier son intervention en restructurant l'organisation au plus haut niveau décisionnel du réseau.

7.1. Mandat

En vertu de son mandat, la DGAA 2000 doit prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer le maintien sans interruption de l'offre des services de santé et des services sociaux à la population au moment du passage à l'an 2000. Ce mandat couvre les équipements biomédicaux, les équipements et les systèmes informatiques, les installations matérielles incluant les systèmes de télécommunications, et les fournisseurs du réseau sociosanitaire.

L'objectif étant d'éviter toute atteinte à la santé et à la sécurité de la population, la DGAA 2000 s'est dotée d'une stratégie qui repose sur une approche de gestion du risque. Cette stratégie vise que chaque établissement propose son plan d'adaptation à l'an 2000 et qu'il en établisse le coût, qu'il rende disponible l'expertise nationale et régionale au niveau local et qu'il mette en place un processus interactif d'approbation et de financement des plans.

Ce plan d'adaptation comprend :

— l'inventaire de tous les équipements et les systèmes biomédicaux, informatiques et généraux du système de santé et des services sociaux;

— la détermination de leur état de conformité par rapport à leur capacité de franchir le cap de l'an 2000 sans problème;

— l'application des mesures d'adaptation destinées à contourner les effets appréhendés du passage à l'an 2000 sur les équipements et les systèmes en cause;

— un plan de relève faisant état des mesures préventives destinées à limiter les conséquences des pannes inattendues et imprévisibles;

— les coûts anticipés de leur plan d'adaptation.

La DGAA 2000 a également mis à la disposition des établissements du réseau des outils afin de faciliter leur travail :

— une banque centrale de données conviviale, transparente et accessible;

— différents guides pour les aider à préparer leur plan d'adaptation;

— des avis de spécialistes techniques, cliniques et juridiques sur des problématiques particulières, reliées au passage à l'an 2000.

Un plan de communication a été préparé dans une perspective de complémentarité et d'interdépendance, d'une part, entre le Ministère et les régies régionales et, d'autre part, en coordination avec les autres ministères visés. La stratégie repose sur des moyens de communication adaptés aux clientèles ciblées et l'uniformité des messages véhiculés par le réseau.

Finalement, la DGAA 2000 a collaboré à la planification et à la coordination des mesures d'urgence associées à la problématique de l'arrivée de l'an 2000 avec le responsable des mesures d'urgence du MSSS.

7.2. L'organisation

Afin d'adopter les grandes orientations stratégiques et de s'assurer du bon déroulement de l'opération, la DGAA 2000 a créé un conseil de direction qui regroupe les 18 directrices et directeurs régionaux d'adaptation 2000. Ce comité décisionnel se réunit mensuellement et dispose de toute l'autorité nécessaire pour agir, pour et au nom de ces derniers.

Pour faciliter la coordination de l'ensemble des activités de l'adaptation à l'an 2000 et favoriser la communication entre les régions, la DGAA 2000 a mis en place un comité aviseur des opérations qui regroupe les 18 coordonnatrices et coordonnateurs régionaux.

Afin d'apporter un éclairage sur les orientations entourant la gestion des conséquences cliniques des avis de conformité ou de non-conformité sur les équipements et les systèmes, ainsi que sur le processus de mise en place du plan de relève, la DGAA 2000 a également créé un « comité clinique conseil » qui regroupe des représentantes et des représentants des directions cliniques de toutes les catégories d'établissements et de certaines organisations professionnelles.

Pour soutenir l'ensemble de l'opération, la DGAA 2000 s'est adjoint des partenaires extérieurs. Ainsi, la firme CGI a eu le mandat de concevoir une banque centrale de données et de fournir le support technique nécessaire ainsi que l'expertise appropriée auprès de la DGAA 2000 pour la conception des cahiers d'adaptation. Elle fournit également l'expertise technique dans le domaine des équipements informatiques. Le Groupe de génie biomédical de la Montérégie (GBM) a eu le mandat, pour sa part, de transmettre son expertise technique dans le domaine des équipements biomédicaux, tandis que les firmes d'ingénieurs-conseils, Génivar et Bouthillette, Parizeau et Associés (BPA)

doivent livrer l'expertise technique des équipements généraux et spécialisés.

7.3. Outils développés

Banque centrale de données

Depuis le 10 février 1999, la banque centrale de données est conviviale et accessible en tout temps par les établissements du réseau sur un site Internet. Cette banque contient de l'information sur les établissements et sur leurs installations; l'inventaire des équipements et des systèmes utilisés, l'état de conformité retenu, le niveau de risque ainsi que les solutions d'adaptation envisagées par les établissements; les données génériques sur les équipements et les systèmes, les renseignements de conformité (tests et avis) et les solutions disponibles.

Au 31 mars 1999, la banque centrale de données contenait 436 000 items (équipements), 5 500 produits génériques et les coordonnées de 7 100 manufacturiers et fournisseurs se répartissant comme suit :

	Items	*Produits*	*Manufacturiers Fournisseurs*
Équipements biomédicaux	*140 000*	*27 000*	*3 000*
Équipements informatiques	*248 000*	*18 800*	*2 500*
Équipements généraux et spécialisés	*48 000*	*9 200*	*1 600*
TOTAL	***436 000***	***55 000***	***7 100***

Guides d'adaptation à l'an 2000

Le guide général d'adaptation à l'an 2000 précise le cadre de gestion dans lequel évoluent les partenaires, les modalités associées à l'identification des mesures d'adaptation pour les équipements biomédicaux, les équipements généraux, les systèmes de télécommunication, les équipements informatiques et les logiciels. Ce cadre de gestion permet, donc, aux établissements de gérer le risque que présente le passage à l'an 2000 pour l'ensemble de leurs équipements et de leurs systèmes. Ce guide général comprend aussi la méthodologie des outils informatiques disponibles, la liste des renseignements obligatoires devant être fournis pour le plan d'adaptation et les coûts estimés pour chacune des catégories d'actifs; on y décrit également la démarche et les outils de travail suggérés pour concevoir et implanter le plan de relève. Le document a été transmis aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux, le 16 février 1999.

Afin d'aider les établissements à préparer leurs plans de relève, la DGAA 2000 a produit quatre guides particuliers soit :

— le Guide pour les cliniques et polycliniques privées;

— le Guide pour les secteurs des soins et des services de courte durée;

— le Guide pour les services cliniques de la mission *CHSLD*;

— le Guide pour les services cliniques de la mission CLSC.

Ces guides ont été conçus par des professionnelles et des professionnels en poste dans le réseau, prêtés pour une courte période de temps à la DGAA 2000, afin de bien refléter la réalité clinique vécue par les différentes catégories d'établissements.

Banque de données canadienne pour le secteur de la santé (CYNCH)

Le Secrétariat interprovincial sur l'an 2000 dans le secteur de la santé a rendu disponible une banque de données canadienne sur un site Internet, en janvier 1999. Mis sur pied en septembre 1998, ce secrétariat assure la coordination et la diffusion de l'information à travers le Canada, destinées à soutenir les démarches visant la conversion à l'an 2000 du matériel et des systèmes en usage dans les réseaux de santé provinciaux.

7.4. Rapports et avis de conformité

Au 31 mars 1999, la DGAA 2000 avait publié différents rapports sur l'état de conformité de certains équipements et systèmes exploités dans le réseau. Ces rapports portaient sur les systèmes d'information utilisés dans les laboratoires, les systèmes d'information utilisés dans les banques de sang et sur les cardiostimulateurs. Des avis généraux de conformité ont également été émis sur les cardiostimulateurs, les fauteuils motorisés, les lève-patients et les lits électriques, les aspirateurs-pompes à succion, le drainage, les nébulisateurs à médicaments, les thermomètres électroniques et les neurostimulateurs transcutanés. D'autres avis seront publiés d'ici juin 2000.

7.5. Colloque

Le 17 mars 1999, la DGAA 2000 a tenu un colloque à Québec. L'événement avait pour but de faire le point sur la démarche proposée, de présenter et d'expliquer le *Guide d'adaptation à l'an 2000* et de mettre en évidence l'importance de l'interrelation entre les aspects cliniques et techniques de l'offre de service relative au passage à l'an 2000.

7.6. Instruments de communication

La DGAA 2000 publie un bulletin d'information, *Point de mire 2000*, qu'elle transmet régulièrement au personnel du réseau. La direction a également créé un site Internet an 2000 contenant toute la documentation pertinente au dossier. Celui-ci est accessible depuis le 29 mars 1999.

La DGAA 2000 a également prévu de publier un document d'information dans la revue *Protégez-vous* du mois de novembre 1999, afin de faire connaître à la population l'ensemble des mesures qui ont été prises pour assurer la continuité des services et la sécurité des équipements qui sont utilisés à domicile ou dans les établissements.

Annexes

Annexe 1
Les organismes rattachés à la ministre de la Santé et des Services sociaux et la commissaire aux plaintes

La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

La Régie de l'assurance maladie du Québec a pour mandat d'appliquer et d'administrer le régime d'assurance maladie institué par la Loi sur l'assurance-maladie ainsi que tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie. Elle doit rémunérer, conformément aux ententes, le personnel professionnel de la santé qui fournit les services assurés et rembourser aux bénéficiaires le coût de ces services, le cas échéant. Elle doit, de plus, contrôler l'admissibilité des personnes aux programmes et l'utilisation de ceux-ci par les dispensatrices et dispensateurs de soins et les usagères et usagers. La RAMQ joue également un rôle de conseillère auprès de la ministre de la Santé et des Services sociaux sur l'administration ou l'application des programmes.

M. Pierre Houde assumait, au 31 mars 1999, la présidence de cet organisme de façon intérimaire.

La RAMQ présente un rapport annuel distinct de celui du Ministère.

L'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)

L'Office des personnes handicapées du Québec a pour fonction de veiller à la coordination des services dispensés aux personnes handicapées, de promouvoir leurs intérêts et de favoriser leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. L'OPHQ favorise la concertation nationale, régionale et locale des organismes publics, parapublics ou privés, dispensateurs de services.

Cet organisme est sous la présidence de M. Norbert Rodrigue.

L'OPHQ produit un rapport annuel distinct de celui du Ministère.

Le Conseil de la santé et du bien-être (CSBE)

Le Conseil de la santé et du bien-être a été institué par une loi adoptée par l'Assemblée nationale le 14 mai 1992. Il a été concrètement mis en place le 25 octobre 1993.

Le CSBE a pour fonction de conseiller la ministre sur les meilleurs moyens d'améliorer la santé et le bien-être de la population. Il doit donner son avis sur les objectifs de la Politique de la santé et du bien-être ainsi que sur les moyens appropriés pour les atteindre, en tenant compte des capacités de la collectivité à mobiliser les ressources en conséquence.

Le conseil se compose de 23 membres dont 19 ont le droit de vote. Ils sont nommés par le gouvernement du Québec sur recommandation de la ministre et après consultation (outre le président) d'organismes représentatifs du milieu de la santé et des services sociaux : usagères et usagers de services, organismes communautaires, personnes siégeant à titre de praticiens, chercheurs ou administrateurs du domaine de la santé et du domaine social, personnes venant de secteurs d'activité dont les stratégies d'intervention ont des conséquences sur la santé et le bien-être de la population. Les autres membres sans droit de vote proviennent du Ministère, d'une régie régionale et de deux ministères visés par la Politique de la santé et du bien-être.

M. Norbert Rodrigue assume la présidence du CSBE depuis le 25 octobre 1993.

Le CSBE produit un rapport distinct de celui du Ministère.

La Corporation d'hébergement du Québec (CHQ)

Organisme sans but lucratif constitué en 1974, la Corporation d'hébergement du Québec a pour mandat d'étudier les projets d'immobilisations du réseau de la santé et des servies sociaux, d'agir en tant que maître d'œuvre pour ses propres réalisations et d'assurer la gestion financière et le financement à court et à long terme des besoins du réseau, notamment au regard des immobilisations, des équipements et du développement informationnel.

Dans la ligné de ses mandats, la Corporation a procédé au cours de l'année 1998-1999, selon un processus accéléré de gestion, à la construction de 11 centres d'hébergement et de soins de longue durée, le tout selon des coûts prévus de l'ordre de 100 M $. Elle a également octroyé des contrats pour une somme de 70 M $ mettant en cause 17 projets de construction, d'agrandissement ou de rénovation. Enfin, à la demande du MSSS, elle a procédé à la mise à l'étude de 34 nouveaux projets dont le coût total des immobilisations est estimé à 309 M $.

De plus, la réforme de la comptabilité gouvernementale - annoncée par le ministre des Finances dans le Discours sur le budget du 31 mars 1998 - prévoyait que la Corporation d'hébergement du Québec deviendrait une personne morale à fonds social, mandataire de l'État, et que ses états financiers seraient comptabilisés au même titre que ceux des autres entreprises publiques du gouvernement

C'est dans cette perspective que le projet de *Loi sur la Corporation d'hébergement du Québec* (projet de loi no 53) visant à donner suite à cette réforme, a été inscrit au processus législatif gouvernemental, au début de l'année 1999. Une fois adoptée par l'Assemblée nationale, cette loi entraînera, au cours du prochain exercice financier, une restructuration administrative et financière de la Corporation d'hébergement du Québec visant à la transformer en entreprise publique.

La CHQ est propriétaire d'un parc immobilier de plus de 200 immeubles, d'une valeur aux livres exédant 1 MM $.

La CHQ est présidée par monsieur Michel Salvas, qui agit également à titre de président-directeur général. Les autres membres du conseil d'administration sont messieurs Herman Bigras, Hung Do, Denis Lafrenière, secrétaire trésorier et Serge Thibault.

La CHQ produit annuellement un rapport de ses activités déposé à la ministre et à l'Assemblée nationale, auquel rapport est intégré celui du Vérificateur général.

Le Conseil consultatif de pharmacologie (CCP)

Le Conseil consultatif de pharmacologie assiste la ministre dans la conception et la mise à jour de la liste de médicaments dont le coût est garanti par le régime général en vertu de la Loi sur l'assurance-médicaments, et de la liste des médicaments qui peuvent être utilisés dans un établissement du réseau.

Le CCP a également pour mandat d'assurer la mise au point de stratégies d'intervention auprès du personnel professionnel de la santé pour favoriser une utilisation optimale des médicaments en privilégiant le meilleur traitement possible au moindre coût.

Conformément à une entente intervenue avec le FRSQ, le CCP participe également à l'attribution de subventions pour des études scientifiques dans les domaines de la pharmacologie et de la pharmacoéconomie.

M. Jean Cusson assume la présidence du CCP.

Le Conseil médical du Québec (CmQ)

Le Conseil médical du Québec a été institué par la Loi sur le Conseil médical du Québec, adoptée le 12 décembre 1991. Il se compose de quinze membres ayant droit de vote, dont au moins huit doivent être des médecins.

Le CMQ a pour fonction de conseiller la ministre sur toute question relative aux services médicaux, en tenant compte des besoins de la population, de l'évolution des coûts des services médicaux et de la capacité de payer de la population.

Ainsi, le CMQ peut donner des avis à la ministre sur :

— l'orientation des services médicaux;

— les besoins en effectif médical et sa répartition;

— l'évolution et l'adaptation de la pratique médicale;

— les différents types de pratique médicale;

— les projets de règlement visant la couverture des services médicaux assurés;

— les modes les plus appropriés de rémunération des médecins;

— les politiques ou programmes ayant pour objet la rationalisation ou la priorité à respecter dans la prestation d'un service médical.

La ministre doit en outre consulter le CMQ sur les questions suivantes :

— les projets de règlement relatifs à l'organisation clinique des services médicaux dispensés par les établissements;

— les politiques relatives à la main-d'œuvre médicale, notamment la Politique des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et post-doctorale en médecine;

— le cadre de référence de la répartition de l'effectif médical, notamment en ce qui concerne les objectifs de croissance ou de décroissance à établir pour chaque région du Québec.

Les premiers membres du conseil ont été nommés par le gouvernement le 13 avril 1993. Les membres ayant droit de vote et en poste au 31 mars 1998 sont M^{mes} et MM. Juan Roberto Iglesias, président,

Luc Deschênes, vice-président, Jean-Marie Albert, Marc A. Bois, André Bonin, Isabelle Cataphard, Yves Dugré, Sophie Gosselin, Michèle Laverdure, Joëlle Lescop, Jonathan L. Meakins, André Munger, Marie Pineau, Micheline Ulrich et Raymonde Vaillancourt.

Les autres membres sans droit de vote et nommés par la ministre sont : M^me^ Brigitte Bernard, M. Michel Brunet, M. Yves Landry, Dr Marie Girard et M. Robert Tremblay. Le ou la sous-ministre et les sous-ministres adjointes et adjoints du Ministère sont membres d'office.

Le CMQ publie annuellement un rapport d'activités distinct de celui du Ministère.

Le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ)

Créé en 1971, le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) est un organisme-conseil en santé mentale qui joue son rôle auprès de la ministre de la Santé et des Services sociaux. Il est rattaché, par son secrétariat, à la Direction générale de la planification et de l'évaluation du Ministère.

En vertu de son mandat, le CSMQ a investi, en 1997-1998, principalement dans la réalisation de projets ou la production d'avis concernant :

— le virage ambulatoire et la reconfiguration des services en santé mentale;

— la satisfaction des usagères et des usagers, de leurs proches ainsi que celle des intervenantes et des intervenants du réseau à l'égard des services de santé mentale (en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé);

— la mesure des besoins de la population en santé mentale (projet franco-québécois);

— les jeunes adultes et la santé mentale (à la suite de la dernière enquête de Santé Québec révélant le degré élevé de détresse psychologique dans ce groupe d'âge);

— les nouvelles structures familiales et la santé mentale;

— la concertation intersectorielle en santé mentale.

Le CSMQ a remis au ministre et publié, en octobre 1997, un rapport intitulé *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale, pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves.*

Le CSMQ est actuellement composé des personnes suivantes : M^mes^ et MM. Luc Blanchet, président, Céline Mercier, vice-présidente, Jacques Alary, Françoise Beauregard, Henri Dorvil, Herta A. Guttman, Danielle McCann, Nicole Ricard et André Villeneuve.

Le CSMQ remet périodiquement un rapport d'activité à la ministre.

La Commissaire aux plaintes

La Commissaire aux plaintes ayant été nommée en février 1998, l'année qui vient de s'écouler correspond donc au premier exercice complet d'un mandat de cinq ans. La fonction de la Commissaire la situe au palier ultime du régime d'examen des plaintes. En vertu de cette fonction, elle représente pour les usagères et les usagers du système de santé et de services sociaux québécois, le dernier recours dont ils peuvent se prévaloir s'ils ne sont pas satisfaits des services qu'ils ont reçus ou auraient dû recevoir.

Tel que conçu par le législateur, le régime constitue un processus non judiciaire permettant à une usagère ou à un usager — ou à quiconque les représente —, de déposer une plainte auprès d'une personne nommée à cet effet dans chaque établissement de santé ou de services sociaux. En cas d'insatisfaction quant aux conclusions émises, l'usagère ou l'usager peut s'adresser à sa régie régionale de la santé et des services sociaux où l'on procédera à un nouvel examen de sa plainte, pour ensuite lui transmettre les éléments qui les ont motivées. Advenant un nouveau désaccord, ou en cas de non-réponse, la plaignante ou le plaignant est en droit alors de s'adresser à la Commissaire.

Orienté sur la qualité améliorée des services et sur la nécessité de mieux satisfaire les attentes des usagères et des usagers, le régime d'examen des plaintes englobe tant les établissements que les régies régionales, les ressources de type familial ou les organismes communautaires du réseau de la santé et des services sociaux. Cependant, force est de constater que, malgré un peu plus de cinq ans d'existence, le régime n'a pas acquis une très grande notoriété et qu'il se heurte encore à des perceptions négatives qui en limitent l'utilisation et l'efficacité.

Pour contrer ces difficultés, la nouvelle Commissaire a rapidement réalisé l'importance de se doter d'un plan d'action mettant à contribution les instances du régime et les partenaires du réseau. Ainsi, en cours d'exercice, elle a amorcé une tournée de toutes les régions du Québec, une première dans la courte histoire du régime. Cette tournée lui a permis, non seulement de rencontrer celles et ceux qui agissent en première ligne au regard de l'examen des plaintes — notamment en ce qui a trait à la démarche d'examen —, mais également de clarifier certains concepts utilisés et de mettre en évidence diverses résistances au plein exercice des droits. En mars, à la fin de l'exercice, seulement trois régions n'avaient pas encore été visitées. Le périple de la Commissaire l'aura amenée à rencontrer près de 90 % des responsables du traitement

des plaintes des établissements et des régies, et de comprendre leurs difficultés dans l'exercice quotidien de leur mandat.

La Commissaire a profité de cette tournée pour rencontrer aussi des centaines de membres de conseils d'administration. Elle les a sensibilisés à la philosophie du régime — axée sur le service aux usagères et aux usagers, ainsi que sur le respect de leurs droits —, de même qu'au rôle important qu'ils ont à jouer et au fait que les plaintes peuvent leur fournir un indicateur supplémentaire permettant d'apprécier la qualité des services et de répondre aux attentes de la population. Elle a, en outre, profité de l'occasion pour entrer en contact avec plusieurs membres de comités des usagères et des usagers, ainsi que d'organismes communautaires, ce qui lui a fourni l'occasion de discuter avec ces personnes de la particularité desdits comités de leur particularité et de leur apport au régime d'examen des plaintes. Cette visite de l'ensemble du Québec permettra à la Commissaire de revoir son plan d'action initial pour y intégrer plusieurs attentes légitimes des régions et répondre à divers besoins, particulièrement en ce qui a trait à la crédibilité du régime, à certains amendements législatifs nécessaires et à l'importance d'une plus grande harmonisation dans l'interprétation de la loi. La tournée complétée, un rapport sera présenté à la ministre à l'occasion de la conférence des régies régionales, à la suite de quoi il sera diffusé dans tout le réseau.

La Commissaire a également suivi de très près la révision de la Loi sur les services de santé et de services sociaux. Plusieurs des amendements législatifs adoptés par l'Assemblée nationale, en juin dernier, ont contribué à préciser et à améliorer le fonctionnement du régime, notamment en ramenant de 60 à 45 jours le délai accordé au traitement des plaintes par les établissements et les régies régionales. Les nouvelles dispositions de la loi ont aussi modifié les pouvoirs de la Commissaire. Certes, le peu de temps dont elle a disposé, entre son entrée en fonction et l'adoption du Projet de loi 404, ne lui a pas permis de revoir tout le régime. Elle compte cependant revenir à la charge sous peu. À cet égard, il ne fait nul doute qu'en raison des constats effectués, des commentaires recueillis et des expériences observées sur le terrain, la tournée des régions permettra à la Commissaire de cibler précisément les aspects du régime d'examen des plaintes et de sa fonction qui doivent être améliorés.

L'exercice 1998-1999 aura aussi été l'occasion pour la Commissaire de multiplier les démarches pour accroître l'effectif de son bureau. Consciente que ses responsabilités de promotion et de surveillance du régime ne pouvaient se concrétiser sans ajout de personnel, elle s'est résolument attaquée à cette tâche, pourtant à contre courant des compressions imposées à toutes les organisations publiques. Ses efforts, soutenus par des arguments solides et bien reçus par le ministre alors en poste, lui ont permis d'augmenter sensiblement son personnel. Malgré cette performance, que l'on peut qualifier de remarquable, la Commissaire compte revenir à la charge dans les prochains mois pour doter son bureau des ressources nécessaires à la pleine efficacité du régime d'examen des plaintes.

Dans son rapport annuel, déposé à la ministre de la Santé et des services sociaux à la fin de l'automne 1999, la Commissaire sera en mesure de démontrer que les effectifs consentis ont permis de conclure plus de plaintes et de jeter les bases concrètes du fonctionnement de cette institution démocratique voulue pour les usagères et les usagers des services de santé et des services sociaux.

Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT)

Créé en novembre 1990, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie qui, depuis sa création, était rattaché au Conseil exécutif, relève de la ministre de la Santé et des Services sociaux depuis le 1er avril 1995.

Le CPLT a notamment pour rôle d'analyser la situation générale qui existe au Québec dans ce domaine, de dégager l'évolution des déterminants et des méfaits, de cerner les nouveaux problèmes et de préciser les interventions nécessaires pour les résoudre. Il conseille la ministre sur les orientations qui doivent être retenues par le Ministère et les autres partenaires touchés par la santé publique et propose des priorités d'action ou des domaines d'intervention. En outre, le CPLT détermine les sujets de recherche les plus susceptibles de faire progresser les connaissances et la compréhension des questions liées à la toxicomanie.

Compte tenu que la toxicomanie constitue une problématique à multiples facettes et que plusieurs problèmes lui sont associés, les études du CPLT sont diversifiées; elles portent sur des thèmes variés et elles tentent de fournir un éclairage le plus complet possible sur les sujets les plus d'actualité et les plus préoccupants.

Au cours de la dernière année, le CPLT a mené une dizaine d'études mettant en cause différents aspects de la toxicomanie dont les résultats ont été acheminés aux intervenantes et aux intervenants ainsi qu'aux instances en la matière.

Par ailleurs, le CPLT a intensifié son rôle de catalyseur dans les discussions et les actions touchant son domaine d'intervention. Soucieux de contribuer à fournir à tous ceux et celles qui travaillent en toxicomanie des lieux et des occasions de partager leur expérience, le CPLT a organisé et animé un certain

nombre de rencontres avec différents groupes de personnes clés sur divers aspects liés à la toxicomanie. Le comité vise ainsi à animer le milieu, à créer des ponts, à encourager le partenariat, à enrichir les connaissances à partir d'une collecte de données qualitatives complémentaires aux données de recherche et, enfin, à servir de lien entre les gens qui s'investissent sur le terrain, la ministre de la Santé et des Services sociaux et le ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse.

M[me] Louise Nadeau assume la présidence du CPLT et Mme Jocelyne Forget, la direction générale.

Le CPLT remet un rapport d'activités aux ministres visés.

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

L'Institut national de santé publique du Québec est une personne morale, mandataire de l'État. Il est constitué en vertu de la Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (1998, chapitre 42) sanctionnée le 20 juin 1998 et mise en vigueur le 8 octobre de cette même année. L'Institut national de santé publique du Québec a pour mission de soutenir la ministre de la Santé et des Services sociaux et les régies régionales instituées en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2), dans l'exercice de leur mission de santé publique.

Il a notamment pour mission :

— de contribuer au développement, à la mise à jour, à la diffusion et à la mise en application des connaissances dans le domaine de la santé publique;

— d'informer la ministre des effets des politiques publiques sur la santé et le bien-être de la population du Québec;

— d'informer la population sur son état de santé et de bien-être, sur les problèmes en émergence, leurs déterminants et les moyens efficaces de prévenir ou de résoudre ces problèmes;

— de collaborer avec les universités la préparation et la mise à jour des programmes de formation de premier, deuxième et troisième cycles dans le domaine de la santé publique;

— de concevoir et de mettre en application, en collaboration avec les universités et les ordres professionnels concernés, des programmes de formation en santé publique;

— de développer et de favoriser la recherche en santé publique, en collaboration avec les différents organismes de recherche et organismes offrant des subventions;

— d'établir les liens avec différentes organisations, à l'échelle canadienne et internationale, de manière à favoriser la coopération et l'échange de connaissances;

— d'exercer tout autre mandat d'expertise en santé publique que lui confie la ministre.

L'Institut administre le Laboratoire de santé publique du Québec et le Centre de toxicologie du Québec qui offrent, respectivement, des services de laboratoire spécialisés en microbiologie et en toxicologie. Il administre également le Service provincial de dépistage par laboratoire et le Centre antipoison dont le mandat principal est, pour le premier, de fournir des services de dépistage audiologiques et radiologiques, et pour le second, une expertise dans le domaine des intoxications. Enfin, l'Institut administre tout autre laboratoire pourvu d'une mission de santé publique de portée nationale, dont la ministre lui confie la gestion.

Les activités réalisées, en 1998-1999, ont surtout porté sur l'organisation et la mise en place du nouvel organisme étant donné, notamment, que l'implantation de l'Institut suppose la réorganisation d'activités en santé publique ainsi que le réaménagement de ressources humaines et matérielles, tant sur le plan régional que national.

Depuis le 8 octobre 1997, l'Institut existait, par décret du Conseil des ministres, sous la forme provisoire d'organisme - conseil auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux. Selon son mandat, il devait, de façon prioritaire « conseiller le ministre sur la faisabilité de la création d'une structure permanente autonome d'expertise en santé publique et sur la voie à privilégier pour la mise en œuvre du transfert de responsabilités en santé publique à cette structure ». C'est ainsi que, le 12 mai 1998, M. Jean Rochon, ministre de la Santé et des Services sociaux, déposait à l'Assemblée nationale le projet de loi n° 439, créant l'Institut national de santé publique du Québec. Par la suite, la Commission des affaires sociales instituait une commission parlementaire sur le projet de loi et invitait les groupes suivants à y participer : la Conférence des régies régionales, le Laboratoire de santé publique du Québec, le Fonds de recherche en santé du Québec et la Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec.

Le projet de loi sur l'Institut national de santé publique du Québec a été adopté par l'Assemblée nationale, le 19 juin 1998. Quatre mois plus tard, soit le 8 octobre 1998, les dispositions de la Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (1998, chapitre 42) entraient en vigueur, à l'exception des dispositions des paragraphes 1° à 4° du premier alinéa de l'article 4.

Le président-directeur général et les membres du conseil d'administration du nouvel organisme, provenant du réseau de la santé et des services sociaux, de l'éducation et du secteur socio-économique, ont également été nommés le 8 octobre 1998 par un décret ministériel. Ce sont : Louis-E. Bernard, président-directeur général; André Beauchamp, Président, Enviro-sage; Marie Beauchamp, Directrice générale, CLSC-CHSLD Ste-Rose de Laval; Claire Chamberland, Directrice, Institut de recherche pour le développement social des jeunes, Université de Montréal; Hélène Huot, Directrice des études, Cégep de Limoilou; Jacques Jubinville, Directeur régional adjoint, Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation; Lucie Lacroix, Directrice des soins infirmiers, Centre hospitalier affilié universitaire de Québec; René Lamontagne, Vice-doyen exécutif, Faculté de Médecine, Université Laval; Jeanne Leclerc, Avocate, Montréal; Denis Loiselle, Directeur général, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine; Robert Maguire, Directeur de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent; Denis Marceau, Vice-recteur, Université de Sherbrooke; Richard Massé, Sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux; Jocelyne Sauvé, Directrice de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Un poste de représentant du secteur socio-économique est demeuré vacant.

Tel que stipulé par les articles 25 et 26 de sa loi constitutive, l'Institut a déposé ses états financiers auprès de la ministre de la Santé et des Services sociaux, ainsi qu'un rapport de ses activités pour la période du 8 octobre 1998 au 31 mars 1999.

Annexe II
Les lois et règlements qui relèvent du ministère de la Santé et des Services sociaux

Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux, M-19.2

Règlement 1 sur la signature de certains actes, documents ou écrits du ministère de la Santé et des Services sociaux;

Règlement 2 sur la signature de certains actes, documents ou écrits du ministère de la Santé et des Services sociaux;

Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement de la République française en matière de sécurité sociale;

Règlement d'application du Protocole d'entente entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement de la République française relatif à la protection sociale des étudiants et des participants à la coopération;

Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente complémentaire en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement de la République hellénique;

Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente complémentaire en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement du Portugal;

Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement de la République de Finlande;

Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement du Grand-Duché du Luxembourg;

Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement du Royaume de Norvège;

Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement du Royaume du Danemark;

Règlement sur la mise en œuvre de l'Entente en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement de Norvège;

Loi sur le Conseil de la santé et du bien-être, C-56.3

Loi sur le Conseil médical du Québec, C-59.0001

Loi sur les services de santé et les services sociaux, S-4.2

Règlement sur l'accessibilité aux postes, la rémunération, les régimes collectifs d'assurance et des mesures de stabilisation d'emploi applicables aux cadres des régies régionales et des établissements de santé et de services sociaux;

Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux directeurs généraux des régies régionales et des établissements publics de santé et de services sociaux;

Décret concernant le remboursement des dépenses des membres d'une assemblée régionale et des membres du conseil d'administration d'une régie régionale et d'un établissement public;

Règlement sur le Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise;

Règlement sur la formation de comités régionaux pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise;

Règlement sur les conditions de travail des biochimistes cliniques exerçant pour les établissements qui exploitent un centre hospitalier;

Règlement sur le congé de préretraite et sur l'indemnité de retraite applicables aux cadres des régies régionales et des établissements de santé et de services sociaux;

Règlement sur la contribution des usagers des établissements de santé et de services sociaux;

Règlement sur l'évaluation des besoins d'une personne violentée qui demande un hébergement d'urgence;

Règlement sur les règles d'usage de l'avoir propre des établissements et sur les dons, legs et subventions;

Règlement sur la rémunération des directeurs généraux et des cadres supérieurs et intermédiaires des régies régionales et des établissements de santé et de services sociaux;

Règlement sur le régime de retraite progressive et la politique de gestion applicable aux cadres des régies régionales et des établissements de santé et de services sociaux;

Règlement sur la procédure d'élection à l'occasion de l'assemblée publique tenue par un établissement public;

Règlement sur la procédure pour l'élection et la nomination des membres des conseils d'administration des régies régionales;

Règlement sur la procédure d'élection des membres des conseils d'administration des établissements du territoire de la Régie régionale du Nunavick;

Règlement sur la procédure de nomination des membres du conseil d'administration de la Régie régionale du Nunavick;

Règlement sur la sélection, la rémunération, les régimes collectifs d'assurance, les mesures de stabilité d'emploi, les mesures de fin d'engagement et les recours applicables aux directeurs généraux des régies régionales et des établissements publics de santé et de services sociaux;

Règlement sur les constructions d'immeubles des établissements, des conseils régionaux et de la Corporation d'hébergement du Québec;

Règlement sur les régimes collectifs d'assurance et les modalités d'application du régime de congé à traitement différé applicable aux cadres des régies régionales et des établissements de santé et de services sociaux;

Règlement sur la nomination et la rémunération des directeurs des services professionnels et des directeurs de la santé publique;

Classification des services dispensés par les ressources de type familial et des taux de rétribution applicables pour chaque type de services;

Règlement sur le congédiement, le non-rengagement, la résiliation d'engagement, la suspension sans solde, la rétrogradation et l'indemnité de départ applicables aux cadres des régies régionales et des établissements de santé et de services sociaux;

Règlement sur la location d'immeubles par les établissements publics et les régies régionales;

Règlement sur la détermination des examens de dépistage exigés lors de l'admission ou de l'inscription de certains usagers.

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, S-5

Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;

Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux directeurs généraux des conseils régionaux et des établissements publics de santé et de services sociaux;

Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres des conseils régionaux et des établissements de santé et de services sociaux;

Règlement sur la rémunération des directeurs généraux et des cadres supérieurs et intermédiaires des conseils régionaux, des établissements publics et des établissements privés visés aux articles 176 et 177 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris;

Règlement sur les constructions d'immeubles des établissements publics, des conseils régionaux et de la Corporation d'hébergement du Québec;

Règlement sur les locations d'immeubles des établissements publics, des conseils régionaux et de la Corporation d'hébergement du Québec;

Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux;

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements;

Règlement sur la délivrance et le renouvellement du permis d'un établissement;

Règlement sur la nomination et sur la rémunération des directeurs des services professionnels;

Règlement sur la procédure pour l'élection de membres du conseil d'administration du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James par le conseil consultatif du personnel clinique et le personnel non clinique;

Arrêté de la ministre de la Santé et des Services sociaux déterminant la forme et le contenu minimum des contrats de services d'ambulance.

Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes, P-16.1

Règlement de régie interne du comité d'admission à la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes;

Règlement sur les critères généraux de compétence et de formation des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes;

Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux;

Règlement de régie interne du Conseil d'évaluation des projets-pilotes.

Loi sur l'assurance-maladie, A-29

Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-maladie;

Règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance-maladie du Québec;

Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance-maladie;

Arrêté ministériel concernant la liste des territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé;

Règlement sur la rémunération différente pour les médecins omnipraticiens durant les premières années d'exercice de leur profession;

Règlement sur les appels d'offres pour la fourniture de fauteuils roulants ou d'aides auditives;

Règlement sur les aides auditives assurées en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie;

Règlement sur les aides visuelles assurées en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie;

Règlement sur les appareils suppléant à une déficience physique et assurés en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie.

Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec, R-5

Règlement sur les cotisations au régime d'assurance-maladie du Québec;

Règlement de régie interne de la Régie de l'assurance-maladie du Québec;

Règlement sur les conditions de transmission d'un document à la Régie de l'assurance-maladie du Québec au moyen d'un support informatique ou par télécommunication.

Loi sur l'assurance-médicaments, A-29.01

Liste des médicaments;

Règlement sur le régime général d'assurance-médicaments;

Règlement sur les conditions de reconnaissance d'un fabricant de médicaments et d'un grossiste en médicaments.

Loi sur la protection de la jeunesse, P-34.1

Règlement sur la révision de la situation d'un enfant;

Règlement sur l'aide financière pour favoriser l'adoption d'un enfant;

Règlement sur l'adoption internationale;

Arrêté ministériel sur les conditions de l'agrément d'un organisme chargé d'effectuer pour l'adoptant ses démarches d'adoption d'un enfant domicilié hors du Québec;

Programme de mesures de rechange autorisé par la ministre de la Justice et la ministre de la Santé et des Services sociaux.

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, (1997, chapitre 75)

Loi sur la protection de la santé publique, P-35

Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique;

Arrêté ministériel concernant la détermination des zones de services d'ambulance et du nombre maximum d'ambulances par région et par zone, des normes de subventions aux services d'ambulance, des normes de transport par ambulance entre établissements et des taux de transport par ambulance.

Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées, E-20.1

Règlement de l'Office des personnes handicapées du Québec;

Règlement de régie interne de l'Office des personnes handicapées du Québec;

Règlement visant à favoriser l'embauchage de personnes handicapées;

Règlement sur les centres de travail adapté et l'intégration professionnelle;

Règlement sur les vignettes amovibles délivrées aux personnes handicapées.

Loi sur l'assurance-hospitalisation, A-28

Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation.

Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics, P-38.01

Loi sur le tabac (1998, chapitre 33)

Loi sur les inhumations et les exhumations, I-11

Loi sur les cimetières non catholiques, C-17

Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux, M-1.1

Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (1998, chapitre 42)

Loi sur Héma-Québec et sur le Comité d'hémovigilance (1998, chapitre 41)

Annexe III
Ministère de la Santé et des Services sociaux
La gestion ministérielle des ressources humaines

Au 31 mars 1999, pour l'ensemble des ressources humaines du Ministère et des différents organismes qui s'y rattachent, on comptait 663 postes occupés, répartis comme suit :

Postes occupés au MSSS par direction générale, selon le sexe, au 31 mars 1999

Direction générale	Hors cadres et cadres		Cadres intermédiaires		Professionnels		Techniciens		PBA et ouvriers		Total		Total
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	général
Direction supérieure	1	2	0	0	10	11	4	3	1	21	16	37	53
Coopération internationale et partenariat économique	1	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	3	4
Planification et évaluation	7	6	0	0	58	32	1	5	3	23	69	66	135
Secrétariat au suivi et au soutien du réseau	2	0	0	0	11	7	0	0	0	9	13	16	29
Santé publique	2	4	0	0	14	28	0	0	1	20	17	52	69
Secrétariat adoption internationale	0	0	0	0	0	6	0	1	0	4	0	11	11
Relations professionnelles	4	2	0	0	28	15	2	3	0	17	34	37	71
Institut national de santé publique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Budget, administration, immobilisations	14	2	1	1	104	26	13	29	10	63	142	121	263
Sous-total MSSS	**31**	**16**	**1**	**1**	**225**	**127**	**20**	**41**	**15**	**159**	**292**	**344**	**636**
Conseil consultatif de pharmacologie	1	0	0	0	4	1	0	0	1	2	6	3	9
Commissaire aux plaintes	0	1	0	0	2	4	0	2	0	0	2	7	9
Conseil médical du Québec	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	2
Conseil de la santé et du bien-être	0	0	0	0	1	0	1	2	0	1	2	3	5
Secrétariat du Comité de la santé mentale	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	2
Sous-total des conseils	**1**	**1**	**0**	**0**	**8**	**6**	**1**	**5**	**1**	**4**	**11**	**16**	**27**
Total général	**32**	**17**	**1**	**1**	**233**	**133**	**21**	**46**	**16**	**163**	**303**	**360**	**663**
Pourcentage (%)	**64**	**34**	**50**	**50**	**62**	**36**	**31**	**69**	**9**	**90**	**45**	**55**	**100**

Au cours de l'exercice financier 1998-1999, le Ministère a enregistré 53 affectations, 31 entrées en fonctions et 51 départs. Le tableau suivant illustre les mouvements de personnel depuis les cinq dernières années :

Nominations et départs pendant les années financières 1994-1995, 1995-1996, 1996-1997, 1997-1998 et 1998-1999

Mouvements	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999
Affectations	30	91	97	68	53
Nominations	5	3	0	2	5
Mutations depuis un autre ministère	20	9	15	15	26
Total des entrées en fonction	**25**	**12**	**15**	**17**	**31**
Mutations vers un autre ministère	8	15	14	32	37
Transferts aux régies régionales	2	0	0	1	0
Démissions	3	2	1	0	2
Retraites	18	46	93	85	10
Congédiements	1	1	0	0	0
Décès	3	2	3	1	2
Total des départs	**35**	**66**	**111**	**119**	**51**